في
علم الاجتماع الطبي
ثقافة الصحة والمرض

د. نجلاء عاطف خليل



فى علم الاجتماع الطبى

ثقافة الصحة والمرض

دكتورة

نجلاء عاطف خليل



أسم الكتاب : فى علم الاجتماع الطبى ـ ثقافة الصحة والمرض
أسم المؤلف : د. نجلاء عاطف خليل
أسم الناشر: مكتبة الأنجلو المصرية
أسم الطابع: مطبعة محمد عبد الكريم حسان
رقم الإيداع : ٢١٥٦٣
سنة الطبع : ٢٠٠٦
الترقيم الدولى : 7 - 02195 - 05 - 977 I.S.B.N

تقـــديم

الاستاذ الدكتور/ حسين عبد القادر

إطلالة على صفحات من بحث متفرد

«إن الحذق في العلم والتفنن فيه، والاستيلاء عليه، إنما هو بحصول ملكة في الإحاطة بمبادئه وقواعده، والتعرف على مسائله، واستنباط فروعه من أصوله»

(ابن خلدون - المقدمة)(١)

«بقدر ما تزداد دراستنا للانسان، بقدر ما تعوزنا معرفته»

(جان جاك روسو - أصل اللامساواه)

أى سعادة تواتى المرء عندما يتاح له تقديم عمل متفرد، كلما امتد النظر إليه، والى الجهد العلمى الذى بذلته صاحبته، تعالى بالخاطر حشد من معاني، ليس بأقلها كيف استطاعت الدكتورة نجلاء عاطف خليل، وقد كانت لما تزل فى بواكير حياتها العلمية، أن تشيد مثل هذا الصرح العلمى بين يدى القاريء، وهو وللحق - كما سنرى - جزء من كل، إذ استطاعت برائق رؤاها، وببصيرة تخطت البصر بعمق الفكر والموسوعية التى تعانق المجاهدة والدأب، لتشق الموج المتلاطم من معرفة فى ميدان

(١) يستشهد إيف لاكوست (في كتابه : ابن خلدون، واضع علم ومقرر استقلال، ترجمة زهير فتح الله، مكتبة المعارف، بيروت، ١٩٥٨) بالمؤرخ توينبي الذي يري أن ما بسطه ابن خلدون في كتبه «لهي بدون شك اعظم انتاج أبدعه ذهن في أي عصر وفي أي زمن»، كما يستشهد لاكوست بجان مارسيه الذي رأي أن «مقدمة ابن خلدون هي إحدي المؤلفات الأكثر ضرورة والأكثر إثارة من بين المؤلفات التي قيد للعقل البشري انتاجها»، ويري لاكوست نفسه «أن ما قدمه ابن خلدون في القرن ١٤ ... يظهر حتي يومنا هذا، مفهوما عقلانيا تقدميا».

أما جمبلوفيتش Gamloviez فيري أنه «قبل أوجست كونت، بل وقبل فيكو الذي أراد الايطاليون أن يجعلوا منه أول اجتماعي أوروبي، جاء مسلم تقي فدرس الظواهر الاجتماعية بعقل متزن، وأتي في الموضوع بآراء عميقة، وما كتبه هو ما نسميه اليوم علم الاجتماع». Gamplaviez Un Sociologiste Arabe au XIV Siecle. (dans Apercus Sociologique)

-انظر : محمد عبد الله عنان، ابن خلدون، حياته وتراثه الفكري، دار الكتب المصرية، القاهرة ١٩٣٣ .

متعدد الروافد، بلوغا لشطآن الجديد الذى يعيد بناء الوقائع، ويسرى فى الافهام نورا، كمنار لكتاب الغد الذى تعبر به متن الصعب لتضيئ مساحات من عتمة، فتغمر كون العلم فى مجال «علم الاجتماع الطبي» بآيات من تنوير، فى مبحث تجاوزت فيه المنقول والمتاح (وإن أبانت عنهما)، لتهوم بنا من خلجان المألوف إلى ماكنا نظنه مستحيلا، إذ هو جماع (ولاف) Synthesis يتخطى النقيض Antithesis بالجديد الذى يتحدى قناعات الذات المستلبة، فى رؤى تشى بموسوعية يتوشح دفقها بالمتعدد الذى يرتوى منه عطشى الجديد فى العلم، بنبوءات تسكب رائق الفهم فى العقول، إذ تنطلق بنا الدكتورة نجلاء عاطف خليل لمدارات عصية، وللحق، مازلت استغرب كيف بلغتها، لكنها فى وجه من أوجهها قد تشير- بل هى تشير - لمواضعات تتصل بواقع التنشئة والتكوين، فيما لا سبيل لان يغفله مشتغل بالتحليل النفسي، ذلك ان الفرد يولد ولديه إمكانات قابلة للتطور فى ظل أسرة، ومدرسة وحركة وبنية مجتمع، وهنا كيف لنا أن نغفل دورا اسريا تربويا فى التنشئة، حيث تبرز دلالة الاسم: نجلاء عاطف خليل بما يتضمنه فيما تقوم فيه الصور الوالدية بالنقلة الكيفية من الطبيعة إلى الثقافة، لا فى ضوء مفهوم كلود ليفى اشتراوس Claude Levi - Strauss فحسب، بل وبرؤية المحلل النفسى الفرنسى جاك لاكان Lacan, J[١].

وما أكثر ما سيراه القارئ بين صفحات الكتاب بين يديه من إضاءات تتحدى أحرفا ناقصة تجاهد لتكمل جملا لا غنى عنها، توقظ ذاكرة الخصب، وتفتح أكوانا من تنوير لمن يسعى لمعرفة أخرى تتحدى المجهلة..

وحين أحاول ركض مسافات الكلام بلوغا لتدفقات تجيش بالأعماق، أحس العبارة على لسان الحرف عصية لقصورها عن بلوغ مراميها، وآه من رجفة القلم حين تتداعى المعانى وتعجز الكلمات عن الإحاطة بمضمونى سفر موسوعي، وباحثة

---

(١) أحدث جاك لاكان ثورة في نظرية التحليل النفسي الفرويدي، تحت دعوي إعادة قراءة فرويد وأسس قراءة أخري للدور الوالدي في التنشئة حيث الانتقال من الطبيعة الي الثقافة إنما يتحقق منذ البدء في ضوء بنية الاستعارة الأبوية، حيث يمثل اسم الاب القانون اللغوي بقدر ما تكون رغبة الام اللاشعورية دوال بديلة (انظر: عبد الله عسكر، مدخل الي التحليل النفسي اللاكاني، مكتبة الانجلو، القاهرة، ٢٠٠١ ط٢).

طلعة، كصرح دال، تتعدد معطياتها كمنار تضيء فى خطاها مشروعا وحلما و..

وقد يرى قارئ أنى أقرظ فحسب، وربما بغير بينة، ولهذا القارئ أذكر بأن بينتى بين يديه فى صفحات هذا الكتاب / السفر، وإن الزمنى مثل هذا القارئ، بأن ألقى بعض ضوء لا سبيل لإغفاله، وبخاصة ان ما بين يديه هو بعض من كل، دفعت إليه الضرورة المطلقة، لما يتصل بحجمه الأصلى الذى نيف على ستمائة صفحة ويزيد، فهو فى أصله أطروحة للدكتوراه فى علم الاجتماع الطبي، لم تقف عند جوانب نظرية فى الموضوع فحسب، بل تخطت تعدد ميادينه النظرية بتشكيلة تباينات روافدها وتياراتها ومدارسها – كما سيرى القارئ بين دفتى الكتاب بين يديه– إلا ان هناك بجانب الفصول التى نقرأها هنا جهدا ميدانيا هو بذاته إسهام أتاح لهذه المتبتلة فى محراب العلم أن تبرز تحققا مرآويا – إن صح التعبير – لجهد عارم يتحدى العقم الصادم فيما نراه اليوم فى كثير من اطروحات ودراسات (ونقولهما تجاوزا)، تمثل بذاتها واحدة من علامات تدهور العملية التعليمية والتى لا سبيل هنا للغوص فى تكاثر أبعادها، فتلك قضية أخري، ويكفى لهذا العمل (فى الجزء الذى يطالعه القارئ) أنه ينسينا هونا، وبالجهد العلمى المبذول فى جنباته على تعددها، عديدا من مسالب واقع معيش .. و..

وهنا أحسب أن على أن أشير لهذا الجانب الذى سيغيب عن القارئ (فى الكتاب بين يديه)، وأعنى به ذلك الجانب الميدانى من المبحث وهو أمر، لا أحسبنى بمستطيع أن أغفله، وسأعود إليه، فقد جاء بذاته لآلىء موصولة من سعى ومجاهدة لم تقف فى أدواتها – على سبيل المثال – عند الملاحظة المألوفة، بل تخطتها الباحثة الى الملاحظة بالمشاركة Participant observation (مع التسليم بأن دور الباحثة المزدوج كان معروفا من أفراد مجتمع الدراسة) [1] وهى أداة أصبحت جد نادرة – على أهميتها – فى الدراسات الميدانية، بما تفرضه على الباحث من إقامة شبه دائمة التزمت بها الدكتورة نجلاء عاطف خليل – مع ما تتحمله من أعباء عائلية – لمدة

(١) انظر: محمد عاطف غيث، قاموس علم الاجتماع، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، ١٩٧٩ .

ثمانية أشهر فى مجتمع دراستها (أغسطس ٢٠٠٣ وحتى مارس ٢٠٠٤)، وذلك التزاما منها وبادرة تتحدى الصعب، للغوص فى أعماق مجتمع الدراسة لسبرغور وفهم الظواهر والأحداث والأفعال وأنماط التفكير، التى تكمن وراء الوقائع والحقائق - إن كانتها - فى الماظهر، وكأنها بحدس فريد التزمت بما يشير اليه كلود ليفى اشتراوس عن محسوس الظاهر، ومعقول النظام الخفي، بلوغا لمستويين مختلفين ومتكاملين - على حد قولها - فى مجتمع الدراسة، حيث الرؤى الآنية الواقعية (التى يراها أفراد عينة البحث) من ناحية، ورؤيتهم المستقبلية بتصورها المثالى الذى يتمنى الفرد ان يكون عليه واقعه المعيش من ناحية أخري، وكان مبعث هذا الجهد المضنى من الباحثة، فى وجه من أوجهه، هو وضع يدها على مجموعة «من الإسقاطات لشخص معين من خلال تصوره لموضوع ما، أو نسبته للآخرين، فيتم الحصول على الأبعاد المختلفة لنظرة الشخص لموضوع بعينه» [1] وهو ما أحسبه كان دافعا لها لاتباع منهج «دراسة الحالة» مع ما يلزم به الباحث من تمكن وإمكانات شخصية وعلمية حتى يتعمق الفهم والدراسة ويمسك بناصية مبحثه، وبخاصة فى تلك المقابلات التى اثتنست فيها بدليل العمل الميداني، موثقة بالدليل الذى لا معاظلة معه، حيث التسجيل الكامل للمقابلات والصور الفوتوغرافية التى تؤكد الماصدق، وهو ما يشير فى بعد منه الى تلك العلاقة الحميمة، او الودودة Rapport والتى أقامتها برهافة حس مع أفراد مجتمع الدراسة، وهى علاقة يعتبرها التحليل النفسى جوهر المنهج والنجاح، فى دراسة الحالة، حتى انه أطلق عليها العلاقة «الطرحية» أو التحويلية Transference حيث ابتعاث الماضى فى الحاضر من خلال تلك العلاقة التى تمثل وجودا محايثا لافكاك منه فى علاقة انسانية، وإن تحددت مظاهرها فى أبعاد ثلاثة، إما أن تكون موجبة حيث الحب، او سالبة مشوبة بالكره، أو ثنائية الوجدان [1].

---

(١) نجلاء عاطف خليل : المقومات الاجتماعية والثقافية المتعلقة بالصحة والمرض في مجتمعات الصيد في بحيرة المنزلة: دراسة علم الاجتماع الطبي، رسالة دكتوراة، كلية الاداب، جامعة المنصورة، ٢٠٠٤م (غير منشورة).

وتجدر الاشارة الي أن الاسطر تحت العبارات هي من وضعنا، وذلك لما فيها من دلالة سيكولوجية، سنعود لطرف منها.

وأحسبنى بمستطيع كمشتغل بالتحليل النفسي، وفى ضوء ما يبين من الجانب الميدانى - الذى حالت الضرورة المطلقة ان يكون بين يدى القارئ لضخامة السفر الأصلى - أن أقرر فى موضوعية تدرك حتمية الذاتية، ان الدكتورة نجلاء عاطف خليل بحس اكلينيكى وقدرات انسانية، وفهم علمى يضارع - بما يبين فيما أنجزته بأطروحتها - ما يتحلى به المعالجون المتمرسون فى علم النفس المرضى لا مجرد المتخصص المتعمق فى الميدان.

ولمزيد من إضاءات حول هذا المجال الميدانى الذى حرم القاريء منه، وإن كنت آمل أن يكون بذاته جزءا ثانيا لهذا الكتاب، على أن أشير الى ان اختيارها لمجتمع الدراسة قد جاء فريدا فى بابه، إذ أن عنوان اطروحتها يلزمها بمجتمع صيد ليكون مجالا للتحقق فى دراسة ميدانية متعمقة وكاشفة للمقومات الاجتماعية والثقافية المتعلقة بالصحة والمرض فى مجتمعات الصيد فى بحيرة المنزلة، وما كان أيسر أن تختار هذا المجتمع عشوائيا، وهناك عديد من قرى المنزلة تغص به، لكنها وبعد دراسة استطلاعية ها هى تعدد أسباب اختيارها لقرية العزيزة (العجيزة سابقا)، فهى من الناحية الديمجرافية ثانى قرية من حيث المساحة وعدد السكان فى مركز المنزلة، وهى وإن كانت قرية تقليدية كمعظم قرى مصر، إلا أنها قرية نموذجية تطل على البحيرة وبها وحدة صحية، كما أنها تعج بالمعالجين التقليديين من «المجبراتي» والداية، وحلاق الصحة، والمعالج بالقرآن الكريم وبعض من لهم ديناميات خاصة ممن يقال لهم «المبروكون» وما كان للباحثة ان تضع يدها على هذا المجتمع النموذجى الذى تتوافر فيه كل تنويعات أفراد العينة من أهالى القرية الى المعالجين

---

(١) انظر لدراسة ظاهرة الطرح، أحمد فائق التحليل النفسي بين العلم والفلسفة، مكتبة الانجلو، القاهرة ١٩٦٨ .

حسين عبد القادر/ مصطلح الطرح، في فرج طه وآخرون، معجم علم النفس والتحليل النفسي، دار سعاد الصباح، الكويت، ١٩٩٣ .

دانييل لاجاش: المجمل في التحليل النفسي، ترجمة مصطفي زيور وعبد السلام القفاش، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، ١٩٥٨، ط١ .

Freud, S Observations on transference-love, Vol12, S.E., Hogarth Press, London.

الشعبيين، بجانب أولئك الافراد التابعين للنسق الصحى الرسمى (حيث الوحدة الصحية)، بغير جهد إنسانى/ علمي، يترسم الخطى المنهجية المثلى مهما كانت تبعات ذلك من مشقة سواء فى المرحلة الأولى «وهى عبارة عن دراسة اثنوجرافية أولية بهدف الاحاطة بمجتمع الدراسة وكذلك التعرف على أعضاء المجتمع وتوطيد العلاقة معهم .. ثم المرحلة الثانية: وهى مرحلة الدراسة المتعمقة من خلال تطبيق دليل العمل الميدانى فى ضوء مدخل رؤى العالم.. والإقامة فى مجتمع الدراسة».

ولنغض الطرف مؤقتا عن «فى ضوء مدخل رؤى العالم» فسنعود يقينا إليه، ولننظر معا فيما تشير اليه الباحثة عن الصعوبة الوحيدة التى واجهتها إبان الدراسة الميدانية والتى تمثلت – على حد قولها – فى تخوف المعالجين التقليديين من أبناء القرية .. لأنهم يمارسون عملهم بشكل غير رسمي، إلا أن هذا التخوف سرعان ما تتبدد معالمه ويتم التغلب عليه – على حد قولها – «بعد توطيد علاقة الباحثة معهم».

إلى هذا الحد يمضى التفانى والجلد والتحمل، والقدرة على تذليل الصعاب، حتى أنها – مع ما يعرفه كل باحث عن مغبات وعقبات العمل الميدانى فى مصر – لم تواجه «غير تخوف المعالجين التقليديين» .. (؟!) وحتى هذا التخوف فقد استطاعت أن تجتثه بفضل العلاقة التى أقامتها (الطرح). ومع التسليم بصدق القول، وهى لمن يعرفها واحدة من آيات الصدق، الذى يشير ماكنلى Mckinley, J وهاثاواى Hathaway, S.[1] مصمما اختبار الشخصية المتعدد الأوجه بما يتضمنه من مقاييس متعددة للصدق، إلى أن هؤلاء عادة ما يتجهون بالنقد الى ذواتهم، فهم يتحملون الغبن سواء أكان ذلك شعوريا أم لا شعوريا، وما أكثر ما يتحملون، لكنى أحسب أيضا أن إنكار المعلوم بالضرورة (مما لا سبيل لانكاره عما يلاقيه الباحثون الميدانيون من عنت ومشقة ومصاعب وما إليها) قد يبصر القارئ الذى افترضت أنه قد يبدى تحفظا على تقريظ مازلت أراه قاصرا عن بلوغ مرماه، ليرى ما أراه، وقد يزيد عليه عندما

(1) Hathaway, S& Mckinley, J.: MMPI, Manual, the Psychological corporation, New York. 1951.

يعرف أن مشكلة هذا المبحث قد دارت حول المتعدد الذى يحتاج لجهود مجموعات بحثية فى ميادين شتي، وهو ما أظنه يبين بجلاء من عنوان الاطروحة، إلا أن الدكتورة نجلاء عاطف خليل قد قامت بها مجتمعة، بل ومضت بالفكرة لتفجر التساؤلات التى تتوالد بمشاكل المبحث - لا مشكلته - وهو ما دفعها للالتزام بميادين شتى تتصل بالمقومات الاجتماعية والثقافية المتصلة بالصحة والمرض لمجتمعات الصيد ببحيرة المنزلة، كدراسة فى علم الاجتماع الطبى على تعدد ميادينه ومناحى الدراسة فيه ما بين علوم الاجتماع والانثروبولوجيا والاثنوجرافيا ونظريات الفولكلور، بل وعلم النفس بمدارسه وتياراته وميادين شتى فيه - وما أكثرها - وبخاصة ما يتصل منها بعلم نفس الجشطلت والتحليل النفسى (وهو ما قد تدفعنى المستدعيات لأعود اليه)، وما أكثر ما تناولته الدكتورة نجلاء عاطف خليل، وللقارئ أن يتحقق من طرف منه فيما يبن يديه فى الفصل الثانى من هذا الكتاب. وفى هذا السياق، احسبها وهى القارئة النهمة والباحثة المدققة، قد ألزمت نفسها فيما التزمت به، بما يشير اليه كلود ليفى اشتراوس فى الفصل السادس عشر من كتابه «الانثروبولوجيا البنيوية »(وهو عن المعايير العلمية فى فروع المعرفة الاجتماعية والانسانية) من أن كل العلوم التى تعنى ضمنا بالانسان وتهتم به فإن كونها «إنسانية» قبل ذلك يخولها حق أن تكون اجتماعية بصورة تلقائية. زد على ذلك ان كل العلوم قد تكون بهذا المعنى اجتماعية[1].

فى ضوء هذا الفهم الرصين والملزم بالموسوعية لفهم الواقع الاجتماعى للظاهرة الانسانية والذى يمتد بهذا المعنى لكل مدارج العلوم وفروعها وتياراتها ومدارسها فى العلم الواحد، وما أكثر العلوم التى تنشغل بالانسان وتتخذه موضوعا لها على اختلاف فى التناول والتنظير والمفاهيم، وها هو كلود ليفى اشتراوس يسميها جميعها بالاجتماعية - حتى ما يتصل منها بالعلوم الطبيعية (الفيزيائية) - إذ يراها

---

(١) انظر: أرمان كوفيليه: مدخل الي علم الاجتماع، ترجمة نبيه صقر، منشورات عويدات، بيروت. محمد خير عرقسوس: الدراسات الاجتماعية والتربوية عند ابن خلدون، مطبعة العلم، دمشق ١٩٦٩ .

بالضرورة على صلة بالمضامين الاجتماعية، ذلك أنه «حتى الحياوى والفيزيائى يعريان اليوم عن وعى متزايد بالمضامين الاجتماعية لاكتشافاتهما.. فالانسان لم يعد يكتفى بالمعرفة (فهو) كلما ازدادات معرفته، كلما رأى نفسه كناية عن ذات عارفة، فصار الموضوع الحقيقى لبحثه يتصاعد كل يوم..»

وإذا ما كان المناطقة منذ أرسطو يتعرضون من حقبة لاخرى لاشكالية تصنيف العلوم، وبزوغ أفرع وانحسار أخري، فإن علم الاجتماع لم يشذ عن هذه القاعدة منذ نشأته، وإن صاحبت تصنيفاته منذ البد اشكالية علاقته بالعلوم الطبيعية، وهى إشكالية عامة فى الانسانيات، ويكفى أن أذكر هنا بما سبق اليه العالم البلجيكى كتلى (Queetelet (1796-1874عندما سمى علم الاجتماع باسم فيزياء المجتمع La physique socialeأو علم الطبيعيات الاجتماعي) وهى نفس التسمية التى أطلقها عليه فى البدء أوجست كونت قبل أن يطلق تسمية علم الاجتماع ومن قبلهما فإن سان سيمون ١٧٦٠-١٨٢٥ فى كتابه «مذكرات فى علم الانسان» ١٨١٣ أقام تصوره للعلم الجديد «علم الانسان» باعتباره جزءا من علم الحياة العضوية، ليأتى تلميذه الطبيب بوشيز ويبدأ من ابريل حتى سبتمبر عام ١٨٢٦ سلسلة مقالات فى مجلة «المنتج «السان سيمونية تدور كلها حول «مواقيت الانتقال من علم الحياة العضوية الفردى الى علم الحياة العضوية الاجتماعي»، ثم يأتى الروسى ليليا نفيلد (١٨٧٣-١٨١١) فى كتابه «أفكار علم اجتماع المستقبل» ليشدد على تشبيه المجتمع بجهاز عضوى حي، فما من شئ فى المجتمع الا ويوجد - من وجهة نظره - فى الطبيعة الحية. وتتابع المسيرة فى اتجاهات شتى وتتنامى التصنيفات وتتبدل الادوار ويستعير علماء الحياة من حقل علماء الاجتماع، فهم لم يروا إدا فى أن يلجأوا الى الاحداث الاجتماعية لكى يستعيروا منها بعض التشابه وذلك منذ حقب باكرة فى نشأة علم الاجتماع، لكن «إن يكن علماء الحياة قد استعاروا من حقل علماء الاجتماع .. فإن هؤلاء الأخيرين قد استرجعوا من أولئك مقابل ما كانوا قد استعاروه (انظر : أرمان كوفيليه، الفصل الثاني، خصوصية

الاجتماعي) . وفى احدث معجم عربى للعلوم الاجتماعية (مازال تحت الطبع) [1]، يحصون فيه ٢٧ فرعا تحت مسمى علم اجتماع ال .. أو علم الاجتماع أل .. ولاننا بإزاء باحثة موسوعية، فإن قدرها المصنوع بارادتها، وفى ضوء عوامل موضوعية تتصل بديناميات الشخصية والتنشئة، فقد ألزمت نفسها - فيما نظن - بأن تتجه دوما وتطمح للأمثل وذلك فى ظل تكوين نفسى داخلى Unenveltكما يقول فرويد تكون فى مراحل العمر الأولى واستمد معينة من أنا مثالية فرضت نفسها من خارج Umvelt، وهو تكوين سابق على نشأة الانا الاعلي، لذا فهو تكوين لاشعورى يدفع الفرد من خلاله لتحقيق ما يهدف إليه، فى ضوء التصور الذى نشئ عليه منذ الطفولة الأولي، فكيف والحال هذه لا تشق على نفسها وتلتزم بالاخلاص والتفانى والصرامة العلمية فيما تقوم به من دراسات، والصرامة والالتزام ديدنها التى اصبحت واقعها المعيش، وأحسب ان اطروحتها للماجستير شاهد على ما نقول، وهى ما كانت باكورة انشغالها العلمى بعلم الاجتماع الطبي، الأمر الذى يبين من عنوانها «الأبعاد الاجتماعية لمرضى الفشل الكلوي، دراسة ميدانية فى مركز أمراض الكلي» (كلية الآداب - جامعة المنصورة ١٩٩٨)، وليس أدل على جديتها وما تضمنته أطروحتها من جهد علمي، ان يشارك فى مناقشتها هذا العالم المتبتل الذى أسس صرحا فريدا ومتفردا للغد الآتي، فى انكار ذات وتفان وإحساس المسئولية ويدور القدوة، وهل هناك غير العلامة الطبيب الانسان الاستاذ الدكتور/ محمد غنيم، مؤسس وراعى مركز الكلى والمسالك البولية بجامعة المنصورة، والذى يعرف الكافة بأنه كان وسيظل فى المكان الذى لم يكن أو يكون بغيره، وآه لو أن كل الخطى ناغمت خطاه، عندها ينصلح باليقين حال مصرنا، فمفتاح الاصلاح قدوة، يؤمن بإنسان هذا الوطن، وبقيمة الوطن معا، وتلك قضية أخري.

---

(١) المعجم العربي للعلوم الاجتماعية : منظمة الامم المتحدة للتعليم والعلوم الثقافية (يونسكو)، والمركز الاقليمي العربي للبحوث والتوثيق في العلوم الاجتماعية (اركس)، طبعة أولية، القاهرة، ١٩٩٤ (فيما يتصل بمصطلحات الاجتماع والانثروبولوجيا، وقد بلغ عدد محرريها ٢٧ محررا بدءا باحمد خليفة، وانتهاء بنادية سالم، وقد راجعها كل من حسن الساعاتي ومحمود ابو زيد) .

منذ أطروحة الدكتورة نجلاء عاطف خليل للماجستير - وربما قبلها فيما أظن - وهى لا تكف عن اطلاع وشغف بالميدان الجديد الذى اندفعت اليه، وهى اذ تختار موضوعها الجديد، ها هى فوق كل ما قامت به من اختيارات ممهورة بالصعب الذى يفرضه الموضوع، وبالجدية التى تؤثرها، ومع تعدد مواضعات مبحثها وآفاقه العلمية والمعرفية، وميادينه وتياراته، (وأحسبنى ما اشرت الا لشذرات منها)، إلا أنها لم تقنع بذلك كله مع ان ما فى عنوان اطروحتها من اشكاليات تحتاج لحشود تسدد ثغراتها وتبنى سدودها وتؤسس لمعارفها، بجانب ما تحتاجه من غوص فى المتعدد من نظريات ومدارس وعلوم، ورغم هذا كله، إذ بها تزيد على نفسها شدة (وإن لم تعتبرها كذلك!!)، وتختار إطارا مرجعيا لمبحثها فى «إطار رؤية هؤلاء الناس (بمجتمع دراستها) للعالم الذى يعيشون فيه، ونظرتهم لذواتهم وللناس الآخرين» [(١)].

عالمة نفس، بل ومشتغلة بالتحليل النفسى ايضا، حيث الذات والآخرين هنا، والاسقاطات من قبل (!!) وما أكثر ما طمحت اليه وكان يبدو عسير المنال، ولكنها إذ تقدم، فإنها تقتحم تخوم المجهول وتقوم بحفائر لا غنى عنها لمن يتصدى للصعب، بلوغا لذرى قارات جديدة من معرفة، إذ توغل فيها وتكتشف دروبها وأغوارها، فإنها تمتشق برؤاها راية ترد لنا اليقين بغد العلم الذى ستحمل وجيلها - الذى نأمل أن يكثر فيه من هو على شاكلتها- ايمانا بالعلم ومنهجه وأدواته وفنياته - مشعل غد قد ينير لنا معالم طريق، ويصحح مسيرة، ويتخطى عثرات الأمس ومساريه.

لقد اختارت الدكتورة نجلاء عاطف خليل، اتجاه رؤى العالم كاطار تصوري، نظري، مرجعي يمكن فى ضوئه تناول موضوع الصحة والمرض وبالها من رؤية تحتاج تبعا لاصولها المعرفية الى استيعاب فلسفى متعدد المناحي، بجانب ما فيها من تعدد لاطر ثقافية وما تتصل به من حشود لعلماء وفلاسفة، وما يستتبعه ذلك من اطار موسوعى بما يتضمنه من جوانب معرفية ووجدانية ومعيارية، تلك التى تعبر عن الثقافة

---

(١) نجلاء عاطف خليل: المقومات الاجتماعية والثقافية المتعلقة بالصحة والمرض في مجتمعات الصيد في بحيرة المنزلة: دراسة في علم الاجتماع الطبي، مرجع سابق (ص:ك).

السائدة في مجتمع ما، أي مجتمع ،وذلك من وجهة نظر الشخص أو الذات Self موضوع الدراسة، فتجعل من الشخص أو الذات المحور الأساسى فى عملية بناء وتبنى التصورات الأخرى المتعلقة بالكون والمكان والزمان، وحيث لا تتم دراسة الذات بمعزل عن الاخرين، وكذلك تعكس أسلوب نظرته لنفسه فى مجتمعه وعلاقته بما حوله، ومن ثم سوف يتم التركيز على المحور الاساسى فى رؤى العالم، وهو ما يعرف بالذات، ومن المعروف أن هناك عدداً من المصطلحات الهامة التى تندرج تحت النظرة للذات، مثل تقييم الذات وتقدير الذات، وإدراك الذات، وبحث الذات، كما أنه فى ضوء هذا المدخل سوف يتم التركيز على الفهم أكثر من مجرد رصد الواقع فى حد ذاته.

فقرة طالت هونا، وقد قصدناها، من متن حرم منه القاريء، فى ظل الضرورة المطلقة، وإن كان الكتاب بين يديك- عزيزى القارئ - قد تضمن الفصول الخمسة المتصلة بالإطار النظرى وأظنك ستجد فى فصله الأول حيث المفاهيم والاتجاهات النظرية والدراسات السابقة .. (والتى آثرت ان تتركها على حالها لما قد يفيد القارئ) مما قد يشى بما أشير إليه من تفرد غير مسبوق فى الدراسات التى تناولت قضايا الصحة والمرض فى المجتمعات المحلية، لكن الدكتورة نجلاء عاطف خليل بالمثابرة التى يعرفها أقرانها، وفيما نحسب ان القارئ المنصف والمتابع، قد يعاينه رأى العين فيما بين يديه من دراستها هذه، ليتحقق من بعض بعض ما أشير اليه عن دأبها وموسوعيتها وعمق بصيرتها، وهى التى ألزمت نفسها - فضلا عما قامت به من إطار نظرى غير مسبوق فى كثير منه - بأن تتحقق ميدانيا من تلك العلاقة المباشرة بين رؤى العالم وتفسير الصحة والمرض، حيث يعيش الانسان ،تبعا لرؤيته للعالم الذى يوجد فيه بكل ما يدخل فيه من ظواهر طبيعية أو فيزيقية، ونم كائنات ومخلوقات أو قوى ملموسة مرئية، ومن نظم اجتماعية وأنشطة وإبداعات ثقافية الخ،[١].

ترى هل تقنع الباحثة بهذه الحشود من متتابعات، كان لها ظلال فى المتن بين يدى القارئ، فى أكثر من موضع، من قبيل ،المفاهيم الاساسية لرؤى العالم - ما

(١) نجلاء عاطف خليل: المرجع السابق.

المقصود بالعالم - ماهية رؤية العالم - الحاجة الى رؤى العالم - مقومات رؤى العالم - رؤى العالم كمدخل فى الدراسات الاجتماعية والانثروبولوجية (بين النشأة والتكوين والدراسات المعاصرة) - الجوانب النظرية والمنهجية لدراسات رؤى العالم، مفهوم رؤية العالم عند دلتاي، روث بندكيت، كيرني..) وما أكثر ما تناولته وعلينا أن نلهث وراء مصادره ما بين علم الاجتماع بأصوله وفروعه والانثروبولوجيا والانثوجرافيا بتعدد اتجاهاتها(وهو ما سبق وأشرنا لطرف منه) ، وها نحن هنا أيضا بازاء الفلسفة، تلك التى لم يغب عنها فلاسفة للتاريخ(من قبيل دلتاي)، بل وفلسفة العلم(الابستمولوجيا)، وكأنها كانت تقوم من أجل تعليق الحكم Epoche أى وضع العالم بين قوسين كما يرى الفيومينولوجيين) قبل اقتحام الميدان، بوضع قارئها بالفعل فى خضم عالمها الموسوعي، الذى اقتحمت معه منابع شتى تضمنت فيما ألمت به، علم النفس بعامة والرؤية الجشطلتية (حيث الكل ليس حاصل مجموع أجزاء، بل هو انتظام دينامى الجزء فيه فى علاقة متمفصلة Articulation بالكل المكون له ، ولا يمكن عزل هذا الجزء عن كله، وإلا انتظم البناء الكلى الجديد انتظاما آخر) ، والتحليل النفسى بخاصة، حسب جوهر موضوعاتها هو الإنسان فى الصحة والمرض. وهو البدء والمنتهى فى كافة تيارات التحليل النفسى على اختلاف متجهاته منذ كان على فرويد . وللحق مع جوزيف بروير J. Breur ان يقبل فكرة المعالج Therapist، بدلا من المطبب Physician فالمعالج يدخل مع المريض (أو السوى إن كان كذلك!) فى علاقة مباشرة للتعرف على كافة جنبات الشخصية، سواء أكان ذلك بهدف التغلب على المرض، أما تناول هذا الجانب أو ذاك من نشاط الإنسانى فى الصحة والمرض والانحراف، أما المطبب فرجل يدخل مع المرض فى صراع وغالبا ما يكون المريض سلبيا فى موقفه، وتجدر الإشارة هنا أن الدخول فى علاقة مع الآخر(المريض أو السوي) تعنى إن المعالج قد قبل أساسا مبدأ كشفه لذاته فى مقابل كشفه وكشف المريض بذاته، اى أنه ومريضه صنوان فى مستويين مختلفين بين المعرفة والجهل ، وان كان على المحلل(المعالج) التزام لا يحد بسبر غور ما يجهله عبر تساؤلات مضمرة ومعلنة فى جدل المعرفة- المجهلة.

وهاهى الدكتورة نجلاء عاطف خليل وقد ألمحت بمعرفة لا تغيم عنها شمس التحليل النفسى من قبيل اشارتها للإسقاط Projection، وللذات Self، بل ولنمط الحياة كما سنري، هاهى تندفع بالتساؤلات التى تكمل بالإجابة عليها، مع غيرها، لوحة اجتماعية (اكلينيكية) لواقع اجتماعى للصحة والمرض، إذ تسأل .كيف يتمتع الإنسان بحياته؟، وما هو تصوره بالنسبة لجسده ؟ ، وكيف يتعامل معه ؟ ، وكيف يشكل بيئته ؟.

إن الجسد هنا مدخل أحسبه جديدا فى الدراسات الاجتماعية فى مصرنا، لكنه فى الآن نفسه اقتحام لا غنى عنه - وإن كان ملزما بجديد بدأ مع النيرولوجيين وأثراه الأطباء من المحللين النفسيين ، وتعمقت مناهجه على يد المحللين النفسيين بعامة والفينومينولوجيين منهم من الفلاسفة بخاصة، وها هو القيم، من بعد شيلدر(صاحب المؤلف الشهير صورة الجسم[1] ، يشبه صورة الجسم، كبعد ماهوى وجوهرى باعتباره الأعمق لفهم الإنسان (إذ ما أشبهها بظلام القاعة تلك التى لا يمكن مشاهدة فيلم سينمائى بدونه) ، إن صورة الجسم بهذا المعني، الذى استقر فى الإنسانيات بعامة، هى أعمق مكونات الهوية التى تشكلها البيئة والمجتمع (حيث التنشئة بكل مراحلها ومكوناتها ودينامياتها) لتترسخ فى ثقافة الفرد معها، وبها، وعبرها، جملة الوقائع الاجتماعية المسقطة على محور الفعل، وهو ما يمكن ان نتمثله بأبسط عبارة فيما أجابت به الدكتورة نجلاء عاطف خليل، من أن كل هذه التساؤلات وغيرها، كل هذه الأشياء محكومة «برؤية الإنسان للعالم، إذا بينما تشكل رؤية العالم نمط الحياة، فإن نمط الحياة هو الذى يحدد الحالة الصحية، كما ترتبط معظم أمراض العصر- بدءا من مرض القلب حتى مرض السرطان- بنمط الحياة. غير أن نمط الحياة لا يسبب الأمراض المتعارف عليها

---

(١) انظر:

Schilder, Poul: the image and appearance of human body, international unive. Press New York, 1935.

Fisher, S& Clevel and, S.: Body image and personality, Dover Publication inc, New York, 1968.

فحسب، بل يمكن أن يحدث أمراضنا جديدة أيضا، كما يمكن ان يحول الأمراض المعروفة (القديمة) إلى أمراض أخري، [١] ... و ...

وها هى تستشهد بزيدين ساردار Ziaddin Sardar ، الذي يري أنه كي يمكن فهم كافة المعتقدات والممارسات الصحية في الثقافات المختلفة يجب فهم رؤى العالم التى خرجت خلالها هذه المعتقدات والممارسات[٢] ، ومرة أخري هاهى رحي الدائرة تعود إلى مركزها وإن لم تقف الجنبات الأخري من روافد تصب بها في النهر الذى لا يغيم أفقه أو ينتهى مداه حيث رؤي العالم ، وكان بعض من مداه واستكمال الغائم فيه والمتلبد من سمائه، هو ذلك الإبحار للتحقق الميدانى من إطار نظرى غير مسبوق فى جانبه التطبيقي- وذلك فى حدود معرفتنا - في الدراسات المحلية أو العربية، وهو ما سبق وأشرنا أننا سنعود اليه.

لقد كانت هناك أهمية تطبيقية- ميدانية لهذه الرؤى والإسهامات المتفردة النظرية، إذ كان على الباحثة أن تتوج بها هذا الجهد النظرى الموسوعي، الجامع ، ومن ثم أن تفهم فى ضوئه ما يتصل بنماذج الطب الحديثة وأنماط الطب الشعبى السائدتين فى مجتمع دراستها، وذلك فى إطار ثقافة المجتمع الفرعية ومدى تعامل الناس معها، وبالمثل دراسة مدى إمكانية تهيئ مجتمع الدراسة لاستعارة نماذج وممارسات علاجية أخرى من خارج ثقافته، مما قد يسهم بنتائجه فى خطى تخطيطية صحية وعلاجية تأخذ بيد أفراد مجتمع الدراسة للشاطئ الآخر من أساليب العلاج الحديثة، مع عمق الفهم الواضح للأسباب الحقيقية المسببة للمرض وإعتلال الصحة[٣] والباحثة فى ذلك كله موثقة للميدان فى ضوء فهمها المتعدد الأوجه لرؤى العالم وللمفاهيم والأطر النظرية

---

(١) نجلاء عاطف خليل: المقومات الاجتماعية والثقافية المتعلقة بالصحة والمرض في مجتمعات الصيد في بحيرة المنزلة: دراسة في علم الاجتماع الطبي، مرجع سابق (ص: د).

(٢) المرجع السابق، ص: د وتجدر الاشارة هنا الي أننا نغلب ان زيدين Ziaddin هو زين الدين ساردار، وحرف اسمه في الاستخدام اللاتيني، كما فعل الغرب في عديد من أئمة الفكر الانساني من العرب أو ذوي الأصول الاسلامية.

(٣) نجلاء عاطف خليل: المرجع السابق.

الأخري، كى تكشف عن «السلبيات والأيجابيات .. ومن ثم فيمكن أن تسهم هذه الدراسة فى زيادة وتعميق الوعى العام لدى العاملين فى القطاعين الطبى ووزارة الصحة ومجالات الرعاية الصحية الأهلية والرسمية.. والتعرف على الخصوصيات الثقافية والمعتقدات التى تعتنقها (هذه المجتمعات) .. للوصول بالمريض الى الاستفادة الكاملة من العلاج الطبى والتكيف مع بيئته الاجتماعية والثقافية» [١] ..و..

وكم تمنيت أن تكون الأطروحة بإطارها النظرى (وجله بين يدى القارئ) وجوانبها الميدانية المتعددة حيث المعالجون الشعبيون والممارسات العلاجية فى الطب الشعبي، والمقومات الاجتماعية والثقافية وفقا لنظرة أفراد مجتمع الدراسة لذواتهم ، بجانب ما أفاضت الباحثة فيه عن الممارسات والوصفات العلاجية الشعبية فى ضوء رؤية أفراد مجتمع الدراسة للعالم ، حيث المعالجات التى تقوم على الأعشاب والمواد الطبيعية، او تلك التى تستند للطابع الدينى أو البعد الغيبي.

إن باحثة لها مثل هذا الجلد والتطلع للإمساك بنجوم السماء ، كيف لها أن تغفل صور وأساليب اختيار المعالجين بعامة، بجانب العوامل الاجتماعية والثقافية التى تشجع على اللجوء للمعالجين الشعبيين بخاصة ودور هذه الزمر الأخيرة على تعدد تنويعاتهم وطرق علاجهم(؟!) لقد كان ذلك كله مضمون الفصل التاسع من أطروحتها، والذى دفعت الضرورة المطلقة بسبب حجم الأطروحة التى نيف- كما سبق القول- على ما يزيد عن ستمائة صفحة ليغيب عن القارئ رحيق دراسة ميدانية متفردة من حيث الجوانب المنهجية والأدائية والتقنيات، لكن ذلك معقود على أمل أن يتبع هذا الجزء بين يديه بجزء ثان لتكتمل به دالة من يريد التقويم من ناحية، ويتسع مدى الفائدة من جهد علمى يجب ألا يقبع بين الأرفف كمصير جل الجهد العلمى فى مصرنا من ناحية أخري(!!)، وبخاصة أن ارتباط النظرية بالتجربة(الميدانية) فى مجال العلوم الاجتماعية هو ارتباط يتعذر فصله، حيث تقوم الدعائم النظرية من المبحث مقام شرط الإمكان والعلة المولدة لمعقولاتها التى تتحقق فى التجربة ، فما

(١) نجلاء عاطف خليل: المرجع السابق.

بالنا- ونحن ممن يرون رأى ميرلو بونتى ، من ان الكائن فى علاقته بموضوعه وتصوراته له ، لم يعد الكائن فى حد ذاته، إذ أنه يصبح نظامين تكونا داخل الفعل فى تجربة بعينها[١] والإشكالية هنا لا تتصل بالعلاقة بين الذاتية والموضوعية فحسب، بل تتصل بوعى الباحث بموضوعه، وعمق الصلة التى تتناغم ما بين الإنسانيات والعلوم الطبيعية من حيث قضايا المنهج ، ومدى اليقين فى الماصدق الذى ينتهى إليه الباحث ويحققه فى حقله الميداني..و..

وما أكثر ما أتت به الدكتور نجلاء عاطف خليل وحققته، ويكفى أن ننظر فى الفصل الثانى من أطروحتها (الفصل العاشر)، وقد دار حول رؤى العالم فى ضوء العلاقة بين النسق الصحى الرسمى والعلاج الشعبى .. لمجتمع الدراسة ، وقد تضمن ثلاثة محاور يتصل أولها بنظرة الأهالى للنسق الصحى والرسمى والعاملين به، ثم نظرة المعالجين الشعبيين ،لتكون خاتمة الدراسة ، حشدا من النتائج استغرق ما يزيد عن عشرين صفحة، وما أكثر ما قدمته الباحثة فى زمن زاد فيه صخب الحروف الكسيرة، وما أكثرها، لكننا هنا نحن مع عالمة ممسكة بناصية موضوعها تستبق به وتتجاوز بما قدمته فيه، ما نالته من لقب علمي، فقد كانت وستظل حركة موصولة لا ينقطع سعيها بحثا عن قيامة أخري، وأبحاث أخرى ، من أجل اكتمال لا يكف عن بلوغ مراميه، إذ تنقب فى لألئ المتون، ولا تقنع بما تضع يدها عليه، بل وقد تدخل معه فى جدل معرفى لا يقنع باتزان زائف او مجرد محاولة لتكوين النقيض ، وصولا لمجمل أو جماع يمضى بحركة العلم لما هو أبعد، مدركة- كما قد يرى القارئ- أن العلوم خطابات نقدية، بمعنى آخر، أن العلم لا يتقدم بغير الجديد الذى يتحدى عقم الأمس، بالجهد والمثابرة وموسوعية المعرفة والاطلاع والتعمق، والانتقال من البصر الى البصيرة، ومن الرأى الى الرؤية، ومن الإحجام الى الإقتحام، بالمنهج الذى يتناغم مع الموضوع والأدوات والفنيات التى تتسق والميدان ، ومن قبل ومن بعد بخلق العلم والعلماء .. و ..

---

(1) Merleau-Ponty. Maurice: Le visible et l'invisible, Gallimard, Paris, 1964.

وبقى أن أترك القارئ ليستمتع بعمل موسوعى موشح بجدية، وقد يدفع لجديد لكنى قبل أن أنهى تقديمى هذا، أحسبنى بحاجة لتحية واجبة لإدارة مكتبة الأنجلو المصرية التى تدير عالما ثقافيا ، ولا أقول مؤسسة، وأخص بالذكر هذا الشاب المجدد لتراث الأب والجد الأستاذ / فادى أمير صبحي، والذى حمل راية الأب بكل ما كان يعد به وهو كثير ، ومشغل الجد الذى أسس ورسخ القواعد، لكنى وقد شارفت ختاما، أعلم أنى أغفلت قبله الكثير، فما أكثر ما أغفلت وما أقل ما أوفيت، لكن ثمة تحية إعزاز وود وثناء لواهب ابنته بشارة التكوين، وأحسب أن لولاه ما كانت الأطروحة بكلها، وأعنى به الانثروبولوجى الطلعة والعلم فى ميدانه، الأستاذ الدكتور / محمد أحمد غنيم، وهو من حظيت الدكتورة نجلاء عاطف خليل باشرافه المتميز، وجميل توجيهاته التى أعرفها له ، فقد كان بعض حظى أن عرفته عن قرب، وأذكر له دوما صفاء رؤاه ، وعشقه لعلمه، ورائق مساندته لطلابه وأبنائه. وإن أنسى لا أحسبنى أنسى ثناءً وإعزازا هو أهل لهما، وإن كنت آمل أن يحمل عنى التحية والتقدير لمن يرى انهم اسهموا فى إثراء هذا النضج المعرفى الموسوعى الفذ للدكتورة نجلاء عاطف خليل.. و ..

وعلى لسان الصمت آن أن اكف ، وفى الصمت لغة ، فقط أحب ان أذكّر القارئ بأن اختبار الواقع وتقويمه ليس هو اكتشاف الموضوع فى إدراك مماثل لما هو متخيل، وإنما هو إعادة اكتشاف هذا الموضوع بحصول ملكة فى الإحاطة بمبادئه وقواعده، والتعرف على مسائلة ، واستنباط فروعه من أصوله كما قال ابن خلدون، بلوغا للحقيقة Truth إن كانتها كما يقول هايدجر Heidegger الذى يرى أن الحقيقة فى أصلها اليونانى Alathio إنما تعنى «اللامحتجب» وكأنها فى حقيقتها محتجبة، مما يلزم بالجهد والبصيرة لكشف حجبها، وهو ما أحست الدكتورة نجلاء عاطف خليل قد قامت به ، فهى شغوفة بالعلم مسكونة بروحه ، معلقة دوما على سارية من جهد لا يكل ، متحدية لكل صعب ومجهول، فى حركة موصوله- كما سبق القول- لا ينقطع سعيها وراء الجديد.. و ..

تبارك ما يرتوى من علمها ساعة الارتشاف .. تبارك ما يسرى من نهجها وخلقها فى النفوس الكبار.. تبارك ما نأمل أن تواصله لزمان يجيئ، علها والنابهين من جيلها يعوضوننا ومصرنا وأمتهم بجهدهم وعلمهم عما ترسخ من ردئ ، فتسرج مصابيح العلم بأمل متجدد يشرق ويضيئ.. و..

ولإيلاف ما قدمته كل الوفاء

ووفاء لما قدمته كل تقدير وإعزاز وثناء ..

حسين عبد القادر

أستاذ التحليل النفسى - كلية الآداب

جامعة الزقازيق

الفصل الأول

المفاهيم، والاتجاهات النظرية والدراسات السابقة

مقدمة :

يتناول هذا الفصل في جزئه الأول أهم المفاهيم الدراسية التي استعانت بها الباحثة في دراستها وهي مفاهيم الصحة والمرض والطب الشعبي والمعالجون الشعبيون والعلاج الشعبي والمعتقدات والممارسات الطبية الشعبية. كما يتضمن أيضاً مفهوم رؤى العالم كاتجاه نظري للدراسة الراهنة باعتبار أن الطب الشعبي نتاجاً لرؤية العالم في حضارة وثقافات المجتمعات التي تمارسه. وكذلك مفاهيم الثقافة وكل من الثقافات التقليدية والثقافات الفرعية في إطار مفاهيم الجماعات العرقية والمجتمع الفرعي والمجتمع المحلي والمناطق الثقافية الفرعية ثم في النهاية وصفت الباحثة المفهوم الإجرائي للدراسة لتحديد ما هو المقصود بـ المقومات الاجتماعية- الثقافية المتعلقة بالصحة والمرض في مجتمعات الصيد.

ثم تناول الجزء الثاني شرح الاتجاه النظري للدراسة رؤية العالم موضحاً المفاهيم الأساسية لها ومقوماتها وكيفية بنائها ونشأتها وتطورها كمدخل في الدراسات الاجتماعية والأنثروبولوجية.

أما الجزء الثالث فقد تضمن أهم الدرسات والأبحاث السابقة التي تناولت موضوع الدراسة الراهنة بشكل مباشر أو غير مباشر.

أولاً: مفاهيم الدراسة

يتطلب البحث العلمي تحديداً دقيقاً وواضحاً للمصطلحات المستخدمة في أي دراسة علمية، بحيث تصاغ صياغة دقيقة في ضوء مفاهيم وبنية Construction النظرية العلمية التي يتبناها الباحث لكي تظهر دلالتها ومعانيها. كما ينبغي التعبير عنها بلغة فنية علمية حتى تؤدي إلى الوصول للهدف المراد تحقيقه، ولذلك ظهرت هذه المفاهيم أو البناءات النظرية لتجريد مفردات الحياة اليومية وتقنين معناها وتحديده، حتى لا يحدث الخلط حينما يستخدم علماء الاجتماع كلمات ومفردات علمية بمعنى فني علمي وحتى لا يؤدي الخلط إلى تفسيرات تختلف باختلاف الباحثين[1].

(١) علي المكاوي، علم الإجتماع الطبي - مدخل نظري، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية: ١٩٩٠، ص ٣٩٨ .

فعلى سبيل المثال هناك بعض الأحكام والقضايا التى تختلف فيها بعض المفاهيم مثل المرض Disease الذى يشير إلى المرض كظاهرة بيولوجية كحالة من الاختلالات الباثولوجية والعضوية فى نظام وأعضاء الجسم، والمرض Illness كحالة تتعلق بالشخص المريض وتشير إلى إدراكه الجسمى وخبرته الحياتية بوجود علة. أو حينما يساوى البعض بين الاضطراب العقلي Mental Disorder ومرض الذهان Psychosis، ومن ثم كان لزاماً على الباحثين إعادة النظر فى هذه المفاهيم بما يؤدى إلى تحديد دلالاتها تحديداً دقيقاً واضحاً وأن ينقوها بما يخرجها عن احتمالات الخلط فيما بينهما. والمقصود بعملية التنقية Refinement هنا أنها عملية تعنى الارتفاع بالمفهوم من مستوى ظواهر الحياة اليومية إلى المستوى الخاص المحدد أو الانتقال من المفاهيم النظرية ذات المعانى المتعددة والمتزايدة إلى مفاهيم ذات ارتباط أمبريقى ودلالة واحدة وهى ما نسميه بعملية القياس Measurment أو الاتجاه الإجرائى .Operationalism وفى ضوء هذا الفهم علينا أن نشير إلى أن ظواهر الحياة اليومية فى علم الاجتماع الطبى تحوى الصحة والإعياء والمرض الفيزيقى وغيرهما، والمجتمع هو الذى ينظم التعامل مع هذه الوقائع والأحداث. وهكذا يسعى البحث الاجتماعى الطبى للكشف عما تعنيه هذه الظواهر من خلال التحقق من العلاقات القائمة بين المفاهيم والمقولات التى تشخص معالم المشكلة محل الاهتمام. وبالتالى تنتقل النظرية من مستوى المفهوم الافتراضى أو المقولة الفرضية Hypothesis إلى مستوى الملاحظة[١].

وفيما يلى عرض لأهم المفاهيم الرئيسية التى ستأتى فى سياق دراستنا هذه ونرى أهمية التعريف بها.

١ - مفهوم الصحة :

تعرف الصحة فى الجنس البشرى بمدى التواصل الفيزيقى والوجدانى والعقلى للشخص وقدرته الاجتماعية فى مواجهة بيئته. وهو تعريف يتسم بوجود نقاط عديدة

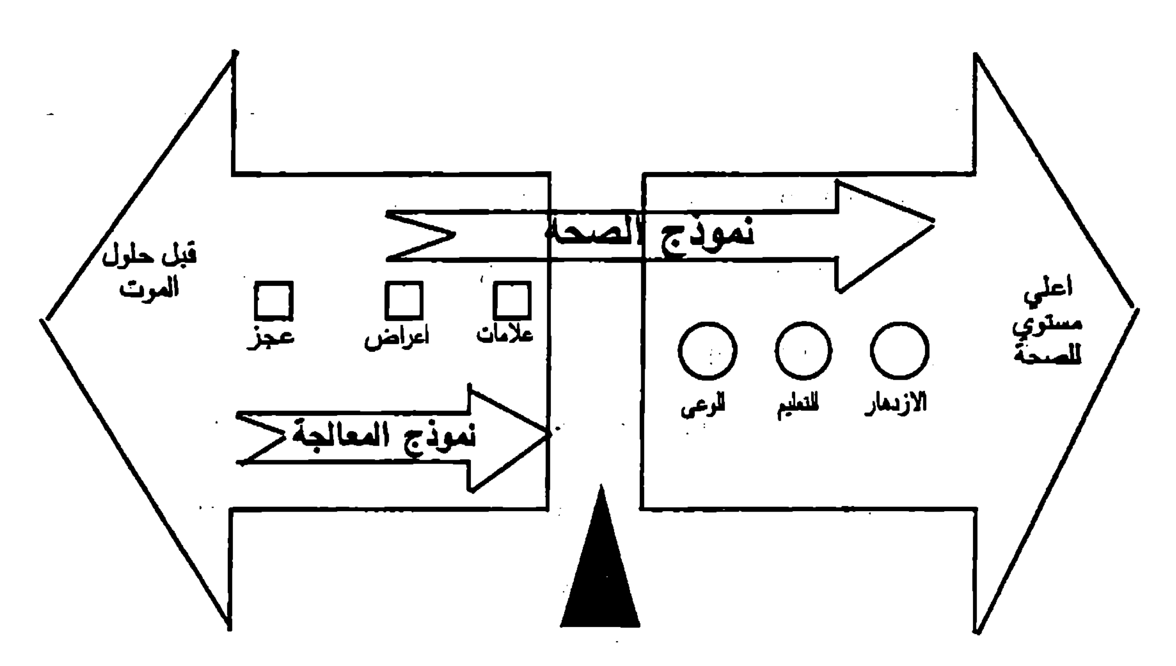
---

(١) المرجع السابق، ص ٣٩٩.

من الضعف، وكما تعرف الصحة السيئة بوجود المرض فيمكن أن تعرف الصحة الجيدة بغيابه[١].

وقدجاء فى تعريف بركنز Perkins للصحة أنها «حالة من التوازن النسبى لوظائف الجسم والتى تنتج من تكيف الجسم مع العوامل الضارة التى يتعرض لها للمحافظة على توازنه[٢]».

وهناك تعريف ثالث ينظر إلى الصحة لا باعتبارهاغياب للمرض فحسب، بل يعرفها من خلال الأطوار المتعددة لكل من الصحة والمرض ويفترض تدرجا قياسيا يوضح العلاقة بين نموذج الصحة ونموذج المعالجة كما فى الشكل التالي[٣].



---

(1) Dante G. Scarpelli, "Health-Disease", Encylopaedia Britannica, www. britanica . com., (1999-2001) 20/5/2001

(٢) إقبال مخلوف، العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية–اتجاهات تطبيقية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية: ١٩٩١، ص٤٧.

(3) John W. Travis, "Illness / Wellness Continuum", http://www.thewellspring.com. (1999-2001) 20/5/2001.

ويوضح هذا الشكل أن الانتقال من الوسط حيث (النقطة المحايدة) إلى ناحية اليسار يعرض حالة الصحة التى تسوء تدريجياً ٠ وأن الانتقال من الوسط إلى اليمين يشير إلى نمو مستويات الصحة والسعادة ٠ كما أن نموذج المعالجة (الأدوية والأعشاب الطبية أو التدخلات الجراحية أو الطب النفسى أو الإبر الصينية... الخ) يمكن أن توقف الشخص عند النقطة المحايدة وذلك عندما تسكن أو تزول أعراض المرض ٠ كما يساعد نموذج الصحة – الذى يمكن أن يستخدم عند أى نقطة على التدرج – على التحرك تجاه المستويات العليا للصحة لأنه يوجه إلى ما بعد النقطة المحايدة ويشجع على التحرك ناحية اليمين بقدر الإمكان٠ وهو بذلك لا يعنى أن يحل محل نموذج المعالجة، بل إنه يعمل بالتوافق معه، بمعنى عدم توقف الشخص المريض بعد العلاج عند النقطة المحايدة، وإنما يجب التحرك تجاه أعلى مستوى للصحة٠ وقد يكون الشخص مضجراً أو متوتراً أو قلقاً أو غير سعيد بشكل عام فى حياته على الرغم من عدم ظهور أعراض فيزيقية عليه٠ غير أن هذه الحالات الوجدانية قد تعتبر مرحلة ممهدة للمرض النفسى أو الفيزيقيي٠ كما يمكن لهذه المشاعر ان تسبب إيذاءً الجسم من خلال التدخين والإفراط فى الأكل أو الإفراط فى شرب المواد المخدرة حيث عادة ما تعوض هذه السلوكيات تلك الاحتياجات الإنسانية للشخص من قبيل تقدير الآخرين له ومودتهم ورعايتهم له، ووجود بيئة محفزة وباعثة للرضا عن الذات. ومن ثم فالصحة ليست حالة ساكنة، وهو ما نرى معه أن الوصول للمستوى الأعلى للصحة يستلزم توفير عناية جيدة بالجسم وأن يستخدم الشخص عقله بشكل بناء، وأن يعبر عن عواطفه بشكل مؤثر وحقيقى وأن يهتم ببيئته الفيزيقية والنفسية والروحية وأن يبدع وسط كل المحيطين به ٠

وقد حاولت هذه التعريفات وصف الصحة بغياب المرض بعلاماته البيولوجية غير أن الواقع يظهر أن هناك مساحة عريضة متقلبة بين الصحة والمرض فأمراض الحساسية الموروثة أو المكتسبة قد يبقى معها الشخص على حالته الصحية الطبيعية وقد تسبب له أمراض أخرى وهنا يكون تعريف الصحة غامضاً فى جزء منها فى الوقت الذى يصعب معه تعريفها فى جزء آخر٠ كما أن وصف الصحة كحالة من

التوازن النسبى لوظائف الجسم أظهرت أن الحالة الفيزيقية والصحة مصطلحات مترادفة وإن لم يكونا بالضرورة كذلك، لأن هناك من هم فى حالة فيزيقية ممتازة وقد يكونوا أو لا يكونوا فى صحة جيدة إذ يتوقف ذلك على سبيل المثال على من تعرض للإصابة بالأنفلونزا أم لا. كما أن الشخص الذى يظل معافاً وسليماً داخل بيئته المعتادة ربما يتعرض لنوبة قلبية بسبب عاصفة ثلجية، كما أن الشخص المقيم فى مستوى البحر قد ينتقل إلى منزل جديد فوق هذا المستوى حيث تنخفض نسبة الأكسوجين فى الجو ويعانى من قصور فى التنفس والأنيميا إلى أن توطن خلايا الدم الأحمر نفسها على المستوى الجديد • وهكذا فإن مفهوم الصحة الجيدة - حتى من خلال هذه التعريفات يجب أن يفترض بعض الاعتبارات بسبب التغير فى البيئة وأن لا يتوقف هذا التعريف على مجرد غياب المرض وإنما غياب المرض بشكل مستمر[١].

وهناك مشكلات أخرى فى اختيار تعريف لصحة الإنسان، فالشخص قد يكون قوياً من الناحية الفيزيقية ومقاوما للعدوى وقادرا على التغلب على المصاعب الفيزيقية ومع ذلك يعتبر مريضاً إذا ما كانت حالته العقلية غير سليمة[٢]• كما أن النظام الذى نشأ فى المجتمعات الحديثة لتأييد تعريف الصحة كحالة الخلو من المرض قد قلل من الجانب الاجتماعى للصحة والمرض إلى الدرجة التى أصبحت السيطرة فيها للتقنية الطبية العالية• وباستبعاد هذه العوامل الاجتماعية فإن هذا النظام يفترض أن الصحة تعتبر حالة «يمكن إحداثها بشرط امتثال الأشخاص لتعليمات وقرارات الأطباء والخبراء»[٣]•

وإزاء هذا الخلط والغموض قد يكون من المفيد أن تعرّف الصحة بالصحة الجيدة والصحة السيئة بمعنى أنها يمكن أن تقاس وتفسر فيما يتعلق بقدرة الشخص

---

(1) Dante G. Scarpelli, Loc., Cit.,

(2) Idem

(3) Frieling Sonnenberg W.," Health is not just the absence of disease", Pflege-8 (2), 1995:pp. 146 -153

على الأداء الوظيفى بالأسلوب الطبيعي فى كل مرة يتم فيها القياس، عندما يتعلق الأمر باحتمال حدوث المرض. وتجدر الاشارة هنا إلى ان بعض هذه الاختبارات تعبير وصفية (تصويرية) أكثر من كونها كمية كما أنها يمكن أن تشير إلى وجود المرض بينما يبدو الشخص سليماً صحياً [١]. غير أن إخضاع الجسم البشرى لأسباب موضوعية بشأن القدرة على قياس الصحة بشكل مستقل عن أحداث الحياة يؤيد فى النهاية البحث عن المؤثرات والضغوط الكلية فى العالم حينما ينظر إلى سكون الأعضاء البشرية – وهو ما يعنى فى وجه منه عدم الشعور بالألم – كدليل على جودة الحياة [٢] وسلامة الصحة.

٢ – مفهوم المرض :

يمثل المرض – كما وصفته الموسوعة البريطانية[٣]– انحرافاً ضاراً ومؤذياً عن البناء الطبيعى أو الحالة الوظيفية للكائن الحي، حيث تظهر عليه عادة علامات وأعراض تدل على أن حالته غير طبيعية، ولذلك يجب فهم الحالة الطبيعية للكائن الحى لكى يمكن التعرف على السمات المميزة لحالة المرض – ورغم ذلك، فإن الخطوط الفاصلة والقاطعة بين المرض والصحة غير واضحة دائماً.

كما يري Durkheim[٤] أن المرض يلازم الإنسان بنسب متفاوتة، ولا يوجد إنسان خال من الأمراض، وأن معنى الصحة أن يكون الإنسان فى حالة أقل قدر ممكن من الأمراض وأن الإنسان الخالى من الأمراض غير موجود وأن هناك علامات مرضية تبدو على الإنسان ولكنها فى الواقع علامة على الصحة فإذا اختفت وظهر وكأن الإنسان سليما فهو فى الواقع يكون مريضا وقد قدم دوركايم مقالا على ذلك بالمرض الشهرى عند النساء.

---

(1) Dante G. scarpelli, Loc, cit.,

(2) Frieling Sonnenberg W., Loc., Cit.

(3) Dante G. Scarpelli, "Health-Disease", Loc., Cit.

(٤) نجلاء محمد عاطف، الأبعاد الاجتماعية لمرض الفشل الكلوي – دراسة ميدانية في مركز أمراض الكلي – جامعة المنصورة، رسالة ماجستير – قسم الاجتماع – كلية الآداب – جامعة المنصورة، ١٩٩٨ .

ويطلق على دراسة المرض Pathologyأى علم الأمراض وهو ما يتضمن اقتصاص أسباب المرض (Etiology)، وفهم ميكانيزمات تطوره والتغيرات البنائية المرتبطة بعملية المرض (Morphological changes) والنتائج الوظيفية لهذه التغيرات. كما يُعد التحديد الواضح والدقيق لسبب المرض أمراً ضرورياً لتحديد مسار العلاج المناسب.

(١) المفهوم البيولوجى للمرض :

يتمثل الوضع الطبيعى للكائن الحى فى حالة من التوازن الفسيولوجى الدقيق أو ما يطلق عليه الاتزان البدني homeostasisمن حيث استمرار العمليات الوظيفية والفيزيقية والكيميائية بواسطة ميكانيزمات معقدة داخل الجسم • ومن ثم فإن المعنى البديهى للمرض يتمثل فى التبعات المترتبة على تعطل الميكانيزمات التى تتحكم وتسيطر على الاتزان البدنى داخل الكائن الحي.

وقد يكمن السبب الأولى لحالة المرض داخل الكائن الحى (الفرد) نفسه، وهنا يقال أن هذا المرض ذاتى (Idiopathic)أو خلقي (Innate)أو ابتدائي (Primary)أو أصلي .(Essential)كما قد ينشأ المرض خلال مرحلة العلاج الطبى إما كآثار جانبية لا مفر منها أو لأن العلاج نفسه كان غير حكيم وفى كلتا الحالتين يصنف المرض كمرض طبى المنشأ (Itrogenic)أى أنه ناشيء عن المعالجة الطبية. كما قد يعزى المرض إلى عامل بعينه خارجى عن الكائن الحى كمادة كيميائية (عامل سام) وفى هذه الحالة يكون المرض غير قابل للانتقال noncommunicableأى أنه يؤثر فى الكائن الحى الذى تعرض له وحده. كما قد ينجم المرض بسبب اختلالات أيضية مجددة (metabolic)موجودة بالوراثة مثل نقص إنزيم معين ضرورى لتوازن عمليات البناء والهدم داخل الجسم والتى تترك الكائن الحى مهيئاً للمرض بالتعامل مع المواد الطبيعية التى تواجهه فى حياته اليومية، أو بسبب الاختلالات الأيضية التى ظهرت مؤخراً فى الحياة من قبيل مرض النقرس goutومرض السكر .diabetesكما ترتبط الاختلالات الأيضية أيضا بالشيخوخة والتدهور المرافق لها فى ميكانيزمات

محاولة التخلص من حالته المرضية وعلاج نفسه حتى يصبح سليماً معافاً، وأن يبحث عن المساعدة الطبية المتخصصة(١).

(٣) المفهوم الثقافى للمرض :

تحرص معظم المداخل الاجتماعية والسلوكية على إبراز دور الثقافة فى تحديد معنى المرض والتعرف عليه وفهم أعراضه وأسبابه· ويذهب Ackerknecht إلى أن علم الطب بالرغم من كونه علماً مستقلاً إلا انه يستمد خصائصه المميزة له من الأنماط الثقافية الموجودة فى المجتمع، بل إنه يذهب إلى أن معنى أو مفهوم المرض إنما هو مفهوم ثقافى يتنوع من مجتمع لآخر ويعكس وجهة نظر سكان هذا المجتمع ودور المرض فى حياتهم. بل إن استجابة الفرد للمرض والتى تتم بطريقة معينة قد توضح بعض القيم الثقافية والاجتماعية الموجودة فى المجتمع، أو بمعنى آخر أن لكل جماعة عرقية استجابتها الخاصة للأمراض الموجودة فى مجتمعاتها مما يوضح مدى التباينات الثقافية الموجودة فيها (٢)· ومعنى ذلك أن كل مجتمع يعرف المرض طبقاً لثقافته، كما يتحدد مفهومه فى ضوء البيئة الثقافية والواقع الاجتماعى لهذا المجتمع سواء اكان ذلك فى الطب الشعبى أم أو فى الطب العلمى الحديث·

ويعد علم تصنيف الأمراض Nosology من أهم مقومات النظم الطبية والثقافة الكلية فى المجتمعات بما تشمله من أفكار وقيم وطرق تناول الأشياء· فالنظم الطبية الموجودة فى هذه المجتمعات تعد من أشكال الطب الشعبى أو الطب العرقي· كما يعد الطب الحيوى المعاصر طباً عرقياً أيضاً مثل طب الشمانية Shamanistic فى مجتمعات الأمازون أو الطب التقليدى فى الهند والصين والتى تختلف أشكالهما وفقاً للنظريات الطبية والتصنيفية المختلفة فى هذه المجتمعات، وفى ضوء اختلاف الثقافات واختلاف الأزمان· فالثقافات التى تحتويها هذه المجتمعات تنطوى على كم

---

(1) Ellen Annanadale, "the sociology of Health Medicine A critical Introduction", Blackwell Publishing Inc. U.S.A., 1990: PP. 9-10 .

(٢) مرفت العشماوي، الإنثروبولوجيا الطبية والطب الشعبي– الإنثروبولوجيا (علم الإنسان)، كلية الآداب – جامعة الإسكندرية: ١٩٩٦، ص ,٢٥٢

هائل من المعرفة والممارسة والخبرة التاريخية فى التعرف على المرض وتشخيصه وعلاجه• وهو ما يمكن أن نرى إيضاحا له، من خلال تصنيفات ثلاثة للمرض فى ثلاثة مجتمعات مختلفة الثقافات يبين معها كيف يصنف المرض وفقا للمفهوم الثقافى(١).

(أ) مجتمع السوبانون Subanum :

وهم مجموعة من البشر يمثلون إحدى قبائل جزيرة (مندناو) فى جنوب الفلبين* وهم يعيشون فى المناطق الجبلية، وليس من بين أفراد هذا المجتمع من يعمل فى مجال تشخيص وعلاج الأمراض، وإنما يعتمد كل منهم على معرفته الشخصية وعلى الأهل والجيران فى تشخيص ما يعانيه من المرض والأعشاب الطبية والوسائل العلاجية الأخري• وتتسم عملية تصنيف الأمراض لديهم وفقاً لأربعة معايير: حيث كانت معظم الحالات تميز على أساس الأعراض، وحالات أخرى تميز بواسطة الآليات والأدوات المسببة للمرض من قبيل الآفات أو الحيوانات الدقيقة مثل الحشرات، وكذلك بواسطة الضغط وأشياء تدخل الجسم و أفعال رمزية وفقد الروح، كما كانت بعض الحالات تميز على أساس مجموعة الأعراض التى تسبق المرض، وباقى الحالات كانت تميز وفقاً للتفسير الشخصى لأسباب المرض. كما كان تحديد سببية المرض يتطلب «العرافة» أو جلسة تحضير أرواح للكائنات فوق الطبيعية.

(ب) مجتمع النديمبو Ndembu:

وهى قبيلة زنجية تعيش على الحدود بين زائير وأنجولا** . وتنفذ الأرواح إلى عالم المرض فى هذه القبائل الأمر الذى يعتبرون معه المرض كأحد أشكال سوء الحظ الذى يعزونه إلى الحظ السيء فى الصيد، أو تعطل الإنتاجية، أو الحوادث الفيزيقية، أو فقد ممتلكات• ومنطقهم فى ذلك منطق هاجسى حتى ولو كان مبنياً على افتراضات

(1) Robert Hohn, "Sickness and Healing: on anthropological perspective" New Haven: Yale University Press, 1995: pp. 15-18.

* قاموس الأنثروبولوجيا الطبية، شاكر مصطفي سليم، جامعة الكويت: ١٩٨١، ص ٩٢٩ .

** المرجع السابق، ص ٦٦٨ .

منطقية فهم يعتبرون أن سبب كل أنواع الكوارث والمصائب قوى غامضة تتولد وتنبعث وتصوب بواسطة أرواح مقصودة قد تكون حية أو ميتة، بشرية أو غير بشرية• كما يعتمد تشخيص المرض فى هذه المجتمعات على إظهار القوى الخفية وراء حالات معينة ويأخذ العلاج شكل التعاطف (Sympathy) بمعنى المعالجة بمادة تصور وتشبه المرض وتحدث تأثيرا نظيرا على نفس المرض•

(ج) الطب الحيوى فى مجتمع غربى :

من المفترض أن الطب الغربى طب عقلانى ومنهجى يعتمد على الدلائل التجريبية والمنطق الاستقرائى أو الاستدلالى غير أن مقارنة مفاهيم المرض عبر الحدود الثقافية تثير العديد من الأسئلة – حول ماهية المرض وما الذى يميزه عن الصحة وما هى أبعاده ومظاهره وكيف تصنف المعرفة بالمرض بين المرضى والمعالجين وبين المجتمعات الغربية والمجتمعات الأخرى وفى حالة ما إذا كان هناك نوعان من المرض متشابهين أو مختلفين ومصنفين بلغتين فأى المصطلحات هو الاسم الصحيح – والتى تستلزم الإجابة للتعرف على مفاهيم المرض وعلاجه فى هذه المجتمعات• وحيثما يعتقد أن أسباب المرض تعرف فى مجتمع ما بواسطة متغيرات تشريحية وفسيولوجية فسوف يركز هذا المجتمع على السمات الفيزيقية للشخص دون الاستماع إلى تفسير المريض أو شكواه. وعلى العكس من ذلك حينما يعتقد أن المرض يعرف بواسطة الخبرة الإنسانية ومرده إلى التفاعلات الإنسانية فقد يهتم المجتمع بتنظيماته الاجتماعية وبفهم مرضاه فى تفسيره لمفهوم المرض•

٣- مفهوم الطب الشعبى Folk Medicine:

يمثل الطب الشعبى مجموعة من المعتقدات الشعبية والممارسات العلاجية التى استخدمت منذ أزمان بعيدة فى كل الثقافات القديمة لمعالجة الأمراض بواسطة مجموعة من الأشخاص ممن يعتقدون إنهم يملكون القدرة على معالجة الناس• وهو بمثابة نظام علاجى يبنى على أشكال وطرق تقليدية من السلوك والتصرفات التى تقاوم المرض[١]

(1) Hand W., "Magical Medicine:The Folkoric component of medicine in the folk Belief, Custom and Ritual of peoples of Europe and American", Berkeley, University of California, Press, 1980: pp.17-42.

ويمكن أن يعرف الطب الشعبى بأنه مجموعة من الأفكار والمعتقدات الشائعة فى المجتمع حول أنماط المرض والنظرة العامية لمسبباته والأنساق الثقافية التى تحدد طريقة المجتمع فى اختيار المعالجين الشعبيين والممارسات العلاجية الشعبية خارج النسق الطبى الرسمى والتى تشمل الطقوس والعادات والوصفات العلاجية المتعلقة بإجراءات الوقاية من المرض ومعالجته [١].

وقد يعرف الطب الشعبى فى التراث الأنثروبولوجى بـ الطب الإثنولوجي وهو المفهوم الذى ينظر إلى الصحة والمرض على إنهما يحملان دلالات لفظية ومعنوية تتحدد بطرق وأساليب مختلفة لدى المرضى وعائلاتهم.

٤- مفهوم المعالجون الشعبيون Folk Healers:

حينما يحدث المرض، يمكن إهماله أو علاجه دون اللجوء الى معالج متخصص، فإذا قرر المريض الذهاب الى معالج شعبى فإنه سوف يجد أنماطا عديدة من المعالجين المتمرسين مثل : (المعالج بالأعشاب) Herbalistوالمعالج بالكهانة (العراف) Divinerوالشامان . Shaman، والمجبراتى والمعالج بالتدليك masseur والمعالج بالحجامة والقابلات وغيرهم. ولقد حققت بعض التخصصات شهرة واسعة ، كما تختلف كفاءة المعالجين باختلاف خبراتهم وتدريبهم [٢].

٥- **مفهوم العلاج الشعبي** Folk Remedies:

يمثل مفهوم العلاج الشعبى مجالاً متسعاً. إذ يشتمل على الإجراءات والممارسات الدينية والسحرية والميكانيكية والكيميائية. وقد أكد (لافلين) Laughlin على أن تتابع الجنس البشرى واستمراره إنما يعزى إلى قدرته على التكيف مع المشكلات الصحية، وأن تقييم الأنساق الطبية الشعبية حتى فى المجتمعات الأمية - يكشف عن ممارسات أكدت على وجود المعرفة العلاجية الإمبريقية والخبرة الواسعة،

---

(١) هذا هو التعريف الذي اقترحته الباحثة للطب الشعبي في الفصل الرابع من هذه الدراسة.

(٢) علي المكاوي، الأنثروبولوجيا الطبية - دراسات نظرية وبحوث ميدانية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية: ١٩٩٤، ص ٣١ .

كما فى مجالات تجبير العظام والتوليد والكى والحمامات بأنواعها (الحارة والباردة والدافئة والرملية.... الخ)٠

كما تحتوى أدوية الطب الشعبى العديد من العناصر المناظرة للأدوية الحديثة مثل الكينيا والأفيون والكوكا وغيرها ٠ وقد سجل كويسومبنج Quisumbing حوالى ٨٠٠ نوع من النباتات الطبية التى تستخدم فى علاج أمراض عديدة منها الإسهال والملاريا والسكر والكلى وغيرها [١]. بالإضافة إلى الوصفات الطبية التى تعالج الكثير من الأمراض من قبيل تلك التى وردت فى تذكرة أولى الألباب لابن داوود الإنطاكى المعروفة باسم تذكرة داوود[٢]٠

٦- مفهوم المعتقدات والممارسات الطبية الشعبية Flok Medicine Practicees and Beliefs:

هناك مجموعة من المعتقدات الشعبية المرتبطة بالصحة والمرض مازالت راسخة وثابتة لدى مجموعات كثيرة من الناس ولا تتغير حتى فى مجالات قصور العلاج أو الفشل فى الاستشفاء. وغالباً ماتجد هذه الحالات ماتعلق عليه أسباب الفشل وهذه هى الوظيفة التى يضطلع بها المعتقد فى حياتنا الثقافية والاجتماعية وفى الصحة والمرض. حيث يفسر المرض بأنه نتيجة تقصير الإنسان فى حق الأسلاف أو إتيان سلوك غير مرغوب فيه أو انتهاك المحرمات٠ كما تحدد المعتقدات لصاحبها نوع العلاج الطبى الذى يلجأ إليه، فقد تحثه على اللجوء إلى الطب الشعبى والاعتماد عليه بالرغم من توافر الرعاية الصحية الحديثة، كما قد تحدد العادات والمعتقدات أشكال التغذية وقواعدها والرضاعة والفطام الخ ٠٠ وكما توجد بعض المعتقدات التى تعوق الخدمة الصحية وتعطلها عن طلب الفحص الطبى مما يضيع عليها فرصة العلاج فهناك معتقدات أخرى ذات أثر إيجابى على الصحة. هذا بالإضافة إلى الاعتقاد فى الممارسات السحرية لعلاج أمراض المشاهرة والعقم وتكرار الإجهاض[٣].

(١) المرجع السابق ، ص ٢٩ .

(٢) بدر التازي، الطب الشعبي في القرن الثامن عشر من خلال الأرجوزة الشقرونية، الهيئة العامة للكتاب، القاهرة: ١٩٨٤، ص١٩-٢١ .

(٣) علي المكاوي، الأنثروبولوجيا الطبية – دراسات نظرية وبحوث ميدانية، مرجع سابق، ص ٦٠ – ٦٥ .

٧- **مفهوم رؤى العالم** World Views:

تعرف رؤية العالم بأنها مجموعة من الافتراضات Presuppositionsأو الدعاوى Assumptionsالتى يتصورها الشخص بوعى أو بدون وعى فيما يتعلق بالبنية الأساسية للعالم الذى يعيش فيه[١]. فهى بمثابة شرح وتفسير لهذا العالم فى المقام الأول ثم تطبيق هذه الرؤية على الحياة، وبمعنى أبسط أن رؤية العالم هى رؤية من العالم ورؤية تجاه العالم[٢]. وهى تعنى بوجه خاص الطريقة التى يرى بها الشخص نفسه داخل مجتمع ما فى علاقته بكل ما عداه داخل هذا المجتمع، أى خصائص الوجود ومقوماته من حيث تمايزها عن الذات وارتباطها بهذه الذات فى نفس الوقت، وهى باختصار تعد فكرة الشخص عن الكون أو هى منظومة الأفكار التى تجيب هذا الشخص عن تساؤلاته حول موقفه من الوجود والأشياء المحيطة به وعلاقته بها[٣].

وتقوم رؤى العالم بدور يشبه دور (النظارة أو العدسة اللاصقة) بالنسبة للعين، بمعنى أنها يمكن أن تعرض الدعوى الصحيحة لفهم العالم حيث تقوم بوضع الدعوى الصحيحة أمام عين الشخص لكى يستحضر الأشياء داخل مساحة الرؤية. وهناك حاجة واضحة أمام الإنسان للرؤية الصحيحة للعالم فهى تساعده على التعامل مع الثقافات المتنوعة والتكيف مع الجوانب التأملية والفلسفية من حوله، وهى تمثل جزءاً كبيراً جداً من حياة الإنسان التى يراها ويسمعها يومياً سواء أدركها أم لم يدركها، فعلى سبيل المثال يمكننا أن نرى كيف أن أفلام السينما والتليفزيون والموسيقى والمجلات

(1) James W. Sire," the Universe Next Door", Downers Grove, 111 : Inter Varsity, 1988 : P. 17.

(2) W. Gary Philips and William E. Brown,"Making Sense of your World", Chicago, Moody Press, 1991: p. 29 .

(3) Robert Redfield, the primitive World View" Quoted in :

أحمد أبو زيد، الذات وما عداها مدخل لدراسة رؤي العالم ، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية ، القاهرة: ١٩٩٠، ص٩ .

والجرائد والحكومة والتعليم والعلوم والفنون وجميع الجوانب الثقافية الأخرى تتأثر برؤى العالم[1].

٨- **مفهوم الثقافة** Culture:

يتحدد مفهوم الثقافة والأشخاص الموجودين داخل هذه الثقافة من خلال سلسلة مركبة وديناميكية ومتناقضة من الأفكار المتداخلة والمشاهدات والرموز التى تفترضها رؤية العالم. فالثقافة تشارك رؤية العالم فى الفعل، وهى مرادفة للممارسة الثقافية التى تعنى أن هناك حقيقة تحدث أو حدثت فى عالم حقيقي، مثل التخاطب ولغة الكلام والأسطورة المنقولة والأحداث العلمية وصناعة أدوات المائدة وهلم جرا.....

وبما أن الثقافة تنبع من خلال رؤية عالم فهذا يعنى أن كل ما يحدث داخل الثقافة له مدلول، يتصل برؤية العالم لتلك الجماعة الاجتماعية، وهكذا يمكن استنتاج كيف تفكر الثقافات الأخري، وذلك بالنظر عن كثب إلى مجموعة متنوعة من الممارسات الثقافية ومحاولة تفسير رؤية العالم من خلال هذه الممارسات. والقاعدة الأساسية للثقافة هي: التنظيم الاجتماعي (Social Organization) والتماسك الاجتماعي (Social Cohesion) والمعالجات اليدوية التى تتسم بالبراعة (manipulation) بالشكل العملى والرمزى فى العالم المادي[2].

ويرى جمهرة من العلماء ان الثقافة تتكون من العمليات الاجتماعية التالية :[3]

(١) **الهوية الاجتماعية** (Social Identity) :

وهى تتضمن الممارسات الثقافية التى تميز الجماعة الاجتماعية باعتبارها ذات هوية مشتركة مختلفة عن الجماعات الاجتماعية الأخري. وبقدر ما تعد الهوية

---

(1) Jerry Solomon, "World Views", http: // www. Probe. Org / does / w. views. html. 1994: 22/5/2001.

(2) Richard Hooker, "World Civilization - General Glossary", World View - Culture- Tradition, http:// www.wsu.edu/dee/ABOUT. HTM. 1996: 11/12/2003.

(3) Idem.

الاجتماعية عملية سلبية فإن عملية التمييز بين الجماعات تعد عملية إيجابية· ومن ثم فإن جميع الممارسات الثقافية التى تضفى هوية على جماعة اجتماعية تنطوى على فكرة الآخر The other، وأن تعبير جماعة أو جماعات اجتماعية يستخدم كتعريف سلبى (نحن لا نماثلهم)·

(٢) الذاكرة الاجتماعية (Social memory):

وهى كعملية فرعية من الهوية الاجتماعية تستخدم لتعريف جماعة ثقافية. والذاكرة الاجتماعية لا تعرف الجماعات الثقافية بشكل إيجابى فحسب، ولكنها تحدث أيضاً أنماط السلوك والطقوس والممارسات الاجتماعية الأخري. إن الوظيفة الأساسية للذاكرة الاجتماعية هى تفسير نشأة ومدلول الممارسات الثقافية للجماعة، كما تتخذ الذاكرة الاجتماعية عدة أشكال: الديانة والأساطير والتاريخ. وكل الممارسات الثقافية للذاكرة الاجتماعية مثل جميع تعبيرات الممارسات الثقافية تشتق معانيها وأشكالها من رؤية العالم.

(٣) كل ما يحدث داخل الجماعة:

كل الأشياء التى تجرى داخل جماعة اجتماعية: الزواج والطقوس والأدب والعلم تعد ممارسات ثقافية وكلها تحدث لمجرد أن الجماعة الاجتماعية لها رؤية عالم محددة. وهذا يعنى أنه يمكن أن تشتق رؤية العالم من أى شيء داخل الجماعة الثقافية·

(٤) التكيف مع المتغيرات:

تتشكل الاستجابة الداخلية أو الخارجية للتغير داخل رؤية عالم وممارسة ثقافية بمعنى أن كل رؤى العالم وكل الممارسات الثقافية لديها المرونة على تشكيل ما بداخلها. كما أن الاستجابة للتغير، تغير رؤية العالم والممارسة الثقافية معا· وعندما يتحقق التغير بشكل أكثر سرعة داخل الثقافة فإن إستراتيجيات التكيف مع المتغيرات تسيطر على رؤية العالم لدى تلك الجماعة الاجتماعية·

٩- مفهوم الثقافات التقليدية (Traditional Cultures):

التقليد هو الحس الثقافى الذى يصل الحاضر بالماضى ويكرر ويعيد أشكال ومعانى الماضى الثقافى فى الحاضر بطريقة ما • وبهذا المعنى أو بهذا المفهوم فإن رؤية العالم تتناقض مع الحس الثقافى (العصرية أو الحداثة) حيث ترى أن الحاضر منقطع عن الماضى ويختلف عنه إلى حد ما فيما يتعلق بالتقدم سواء الجيد أم الردئ•

وتميل الثقافات التقليدية إلى تبنى رؤية عالم سببية (Aetiological)تعتمد على دراسة أسباب الأحداث التاريخية والتى ترى أن بدايات التاريخ هى التى تحدد المعنى والقيمة لكل تاريخ يليه• وهى على خلاف رؤية العالم الغائية(Teleological) التى تتجه مباشرة نحو المستقبل حيث يمكن للمستقبل أن يقرأ فى الحاضر• فرؤية العالم السببية تهتم بالنظر إلى الحياة والتاريخ باعتبارهما ينحصران فى بدائل وخيارات قليلة ومحدودة، ومن ثم لا يوجد أى بلبلة حول توالد الخيارات والبدائل السيرية والتاريخية[١]•

١٠- مفهوم الثقافة الفرعية Sub-Culture:

ظهر مصطلح الثقافة الفرعية إثر محاولات تحليل قضايا البناء الاجتماعى والثقافى المعقد، بما يسوده من تناقضات سلوكية وقيمية بين الأشخاص والجماعات الإنسانية، حيث تمثل المدنية المعاصرة مجالاً هاماً لدراسة هذه الثقافات والأبنية الفرعية لاحتوائها العديد من الجماعات ذات الاختلافات البنائية والأنثروبولوجية والعرقية إلى جانب الانتماءات الإقليمية مما يترتب عليه ظهور نماذج وأنماط متعددة من السلوك بين أعضائها، فى جوهر القيم واتجاهات هذه الثقافات الفرعية. وتشير الثقافات الفرعية طبقا للدراسات القائمة على هذا الأساس إلى أنها نمط من المعيشة تختلف عن الثقافة الكلية للمجتمع أو أنها نمط من السلوك تتميز به الجماعات الخاصة التى تعيش داخل المجتمع الأكبر. وقد تتضمن الثقافة الفرعية لهذه الجماعات عناصر تشترك فيها مع الثقافة الكلية أو قد تحتفظ لنفسها بعناصر سلوكية أخرى تميزها عن

---

(1) Idem.

غيرها من الثقافات[١]. فالثقافة الفرعية إذن هي نمط ثقافي خاص يمثل قسما أو فرعا من المجتمع، أي ثقافة فرعية خاصة داخل الثقافة العامة للمجتمع ولا تتعارض معها، غير أنها تتسم في نفس الوقت بصفات وسمات تميزها عن الثقافة العامة في بعض الوجوه، كطريقة الحياة الخاصة والمعايير الخلقية والقيم الاجتماعية لهذه الجماعة الخاصة [٢].

غير أن هناك كثيراً من المشكلات النظرية والمنهجية ظهرت عند استخدام مفهوم الثقافة الفرعية- حول تفسير الأنماط السلوكية التي تختلف عن السلوك العام داخل النسق الاجتماعي، فقد ميز يانجر Yanger بين استخدامين لمفهوم الثقافة الفرعية حيث يشير الاستخدام الأول إلى الأنساق المعيارية للجماعات التي تختلف عن المجتمع الأكبر وهذا هو الاستخدام الشائع لمفهوم الثقافة الفرعية والتي تتصف بالشمول لأنها تقوم على أساس علاقات الجماعة مع النسق الاجتماعي الرئيسي. في حين يشير الاستخدام الثاني إلى وجود فكرة الصراع بين الجماعة والمجتمع الأكبر وذلك في إطار مفهوم الثقافة المضادة Countra-Culture والتي يكون الصراع هو العنصر الرئيسي فيها[٣]. ولذلك يجب أن يعالج مفهوم الثقافة الفرعية من الناحية النظرية في ضوء ثلاث قضايا هامة ترتبط بهذا المفهوم هي :

أ - توضيح فكرتي الثقافة والبناء كمنظورين أساسيين يعتمدان على فهم سير العلاقات الاجتماعية من حيث الفروق بين الثقافة والبناء الاجتماعي للجماعة وأهمية التمييز بين الثقافة الفرعية التي ترتبط بنسق الأفكار وبين البناء الاجتماعي الذي يرتبط بالأحداث الاجتماعية أو السلوك.

ب - توضيح الحدود أو الفواصل الخاصة بأي ثقافة فرعية.

جـ- إدراك المكونات والاستمرار والتغير في مستوى الثقافة الفرعية[٤].

---

(١) محمد عباس إبراهيم، الثقافات الفرعية، دار المعارف الجامعية، الإسكندرية: ١٩٩٧، ص ١٢٧ .

(٢) شاكر مصطفي سليم، مرجع سبق ذكره، ص ٩٢٩ .

(٣) محمد عباس إبراهيم، مرجع سابق، ص ١٢٧ .

(٤) المرجع السابق، ص ١٢٤ .

ولما كانت الثقافة الفرعية هى الثقافة الخاصة بطبقة أو جماعة اجتماعية لذا فهى تتميز بأنها ثقافة مستقلة ومتغايرة عن الثقافة الكلية، وهى التى تميز هذه الجماعة الخاصة بصفة التكامل والكلية إذا نظر إليها من داخل الجماعة نفسها• ومن منطلق ارتباط هذه الثقافة الفرعية ببعض الجماعات الخاصة، وببعض الأفعال والممارسات الفكرية والعقائدية لأنماط مجتمعية وأنماط ثقافية وبالمثل ظهور فكرة المناطق الثقافية الفرعية. فإنه يجب تحديد مصطلح الثقافة الفرعية من خلال بعض المفاهيم المترادفة مثل: مفهوم الجماعة العرقية والجماعات المجتمعية الفرعية والمجتمع الفرعى والمجتمع المحلى والمناطق الثقافية الفرعية وما إذا كانت كل هذه ذات ثقافات فرعية تميزها عن غيرها أو لا، وذلك فى ضوء بناء النسق الاجتماعى والثقافى الفرعى لها :

أ - الثقافة الفرعية والجماعة العرقية (١) :

تتحدد الجماعة العرقية بأنها ذات وضع سلالى خاص يميزها عن غيرها من الجماعات الأخري، ومن خلال اشتراكها فى محتوى ومضمون النماذج الثقافية التى تحدد وحدة الجماعة• كما يتميز أفراد تلك الجماعة بشخصيات ذاتية مستقلة من خلال عضويتهم وانتمائهم لها ومن خلال عضويتهم لبعض الجماعات والمنظمات الأخرى داخل المجتمع الكبير• كما تتميز هذه الجماعة ببنائها الخاص من وسائل الاتصال والتفاعل الداخلى بين الأعضاء• وغالباً ما تشير هذه الجماعة إلى منطقة ثقافية تقليدية وتتميز بالإقامة المحلية بالإضافة إلى السمات الثقافية الخاصة بها.

ب - الثقافة الفرعية والجماعات المجتمعية الفرعية(٢) :

توصف المجتمعات التى تنقسم إلى أقاليم وإلى جماعات سياسية وأيديولوجية تتوازى مع التقسيمات والتخصصات المعرفية والعلمية الخاصة بمعرفة وتفسير عناصر المجتمع واتجاهاته، بأنها تتكون من جماعات مجتمعية فرعية يجب النظر من خلالها

---

(١) المرجع السابق، ص ١٣١ .

(٢) المرجع السابق، ص ١٣١ .

إلى تحديد وصياغة مفهوم الثقافات الفرعية وتحليله في ضوء أن الثقافة الفرعية تعالج، باستمرار على أنها مرادف للمكونات السكانية للمجتمع الفرعي، وأنها ذات مكونات متكاملة فيما يتعلق بالفهم والمعايير والاهتمامات المحورية، وأن النسق الثقافي الفرعي يصور دائماً على أنه متجانس وثابت ومغلق، وأن هذه الثقافة الفرعية دائما ما تفحص دون اهتمام بالترابط المتبادل فيما بينها وبين الأفراد الذين يكونون الإطار المرجعي لها. وقد جاء هذا الترادف نتيجة النظر إلى أعضاء الجماعات الفرعية بأنهم متميزين جغرافياً أو سكانياً عن بقية المجتمع الكبير أو الأشمل.

ج - الثقافة الفرعية والمجتمع الفرعي [1] :

نشأت الحاجة لوضع صياغة ملائمة لثقافة المجتمعات الصغيرة التقليدية أو القبلية بالاستناد إلى ثلاثة أسس ترتبط بأعضاء تلك المجتمعات وهي : تميز ثقافة تلك المجتمعات بمعدلات معيارية ثابتة لتوقعات سلوك أعضائها التي تمتاز بالاستقلالية والبساطة والتجانس ، كما تتحدد الثقافة القبلية بأنها نمط ثقافي أو صيغة ثقافية ، كما يتحدد مفهوم الثقافة القبلية الفرعية في ضوء فكرة النسبية الثقافية لأن المعايير والأنماط الثقافية تختلف بطبيعة الحال من ثقافة إلى أخري. وعلى ذلك يجب النظر إلى الثقافة الفرعية إما على أنها خاصة بجماعات محلية لها خصائصها الثقافية وأساليبها في التكيف الأيكولوجي الثقافي، أو على أنها ثقافات فرعية ترتبط بجماعات ذات مستويات أفقية أو متوازية مثل الثقافات الخاصة ببعض الطوائف أو الطبقات أو الجماعات المهنية.

د- الثقافة الفرعية والمنطقة الثقافية الفرعية[2] :

كان لدراسة النمط الثقافي أثره في ظهور فكرة المناطق الثقافية وارتباطه بها حيث وضع حداً لثقافة كل منطقة على حدة باعتبار أن النمط الثقافي يختلف من

---

(١) المرجع السابق، ص ١٣٦ .

(٢) مصطفي عمر حمادة، مجتمعات وثقافات البحر المتوسط - دراسة في الأنثربولوجيا الأركيولوجية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية: ١٩٩٦، ص٣٠ - ٤٠ .

مجتمع لآخر أو حتى داخل المجتمع نفسه• وتعرف المنطقة الثقافية بأنها منطقة جغرافية يشترك سكانها فى ثقافة واحدة أو فى نموذج ثقافى واحد وقد تشتمل على عدد من الثقافات الفرعية لكل منها عناصره الثقافية المميزة، وذلك فى الوقت الذى تشترك فيه مع خصائص النموذج الثقافى العام فى المنطقة الثقافية، وهى وحدة مكانية توجد بها ثقافات متشابهة تستخدم كطريقة للتصنيف الجغرافى للثقافة• وقد حدث تطور فى مفهوم المنطقة الثقافية، فالمنطقة الثقافية ذاتها هى منطقة تنتشر فيها صفات ومميزات معينة، وتنتشر هذه السمات وتتكيف داخل منطقة فرعية اصطلح على تسميتها بالمنطقة الثقافية الفرعية لما لها من سمات وخصائص محددة إيكولوجياً وثقافياً واجتماعياً واقتصادياً•

هـ - الثقافة الفرعية والمجتمع المحلي[١] :

يشير المفهوم السوسيولوجي والأنثروبولوجي للمجتمع المحلى إلى جماعة من الأفراد الذين تجمع بينهم روابط عديدة ومتنوعة، ويشتركون فى قدر من المصالح والاهتمامات، كما يشير إلى ارتباط هذه الجماعة بحيز مكانى محدد ومحدود كالبلدة الصغيرة أو جزء من المدينة (الحي)، ومن ثم فهو ينطوى على فكرة المعية (أى العيش معاً والسعى نحو تحقيق استمرار الحياة)، والشعور بالانتماء والاستمرار فى الوجود داخل نطاق جغرافى محلى معين • كما يتضمن المفهوم مجموعة من العلاقات بين الأفراد الذين يكونون الجماعة الكبيرة وهى علاقات تحكمها قواعد ومباديء معينة • وقد تكون هناك صعوبة فى وجود مجتمعات محلية ذات حدود واضحة بسبب ذوبانها أو اندماجها فى مجتمع اليوم داخل كيان المجتمع الأكبر الذى تنتمى إليه (المجتمع الجماهيري) والذى يتميز بزيادة معدلات التصنيع والتحضر وتختفى فيه الأهداف المشتركة للأفراد وتصبح المصالح هى الرابطة التى بينهم، ومع ذلك مازالت هذه المجتمعات موجودة وقائمة خاصة على المستويين الشعبى والثقافى•

---

(١) محمد علمان، محمد الجوهري، دراسات في الأنثروبولوجيا الحضرية، دار المعارف الجامعية، الإسكندرية: ١٩٩١، ج١، ص٧٦-٧٧ .

١١- المفهوم الإجرائى للدراسة:

بقى ان نشير إلى أن «المقومات الاجتماعية والثقافية المتعلقة بالصحة والمرض فى مجتمعات الصيد» (أو، أى مجتمع آخر) يقصد بها مجموع الخصائص الاجتماعية والثقافية التى تشكل السلوك والأفعال التى ينهجها الفرد أو الجماعة تجاه جميع الأساليب والوسائل المتبعة للمحافظة على الصحة ومقاومة الأمراض.

وتتألف الخصائص الاجتماعية من مجموعة متداخلة من السمات والصفات الاجتماعية التى تحكم السلوك المرضى والصحى للأفراد أو الجماعات فى ضوء معايير معينة مثل الوضع الاقتصادى والطبقة والسلالة ومستوى التعليم والنوع أو الجنس بالإضافة إلى طبيعة المرض نفسه، وكذلك نمط الإقامة ومستوى المعيشة السائد وإمكانية وصول الأفراد لمصادر الرعاية الطبية وسهولة الحصول على العلاج وذلك فى مجتمع ما •

وينسحب ذلك على الخصائص الثقافية التى استفادت من المعطيات التاريخية والدينية للأفكار والقيم الثقافية والاجتماعية المنتشرة فى المجتمع والتى تؤثر فى بعض المفاهيم والأفكار، وكذا عملية التراكم الثقافى للتراث الشعبى فى المجتمع والتى تتدخل فى تشكيل السلوك الفردى والجماعى والاستجابة للصحة والمرض •

وتعد الممارسات الطبية فى ضوء هذه الخصائص التقليدية ظاهرة عامة يمارسها معظم الناس أينما كانوا وبدرجات واتجاهات مختلفة• ومن ثم نرى أن البعد الثقافى من أهم الأبعاد وأكثرها تأثيراً فى توجيه الأفراد نحو الممارسات الطبية التقليدية .

كما تلقى الضوء على هذه الممارسات فى مجال مواجهة الأمراض والاهتمام بالصحة فى إطار الخصائص السابقة، كما توضح جانباً من دور المعالجين التقليديين ومحاولة التعرف على الممارسات العلاجية التى يتبعونها فى علاج مرضاهم، بالإضافة إلى دراسة النسق الصحى الرسمى للتعرف على رؤيته لهذه الممارسة فى أحد مجتمعات الصيد وهو مجتمع محلى له ثقافة محلية خاصة •

وتعرف مجتمعات الصيد بالمجتمعات التى لديها مصادر سمكية كبيرة وتعيش شعوبها فى مناطق ملائمة لصيد الأسماك والأطعمة البحرية الأخرى عن طريق استغلال موارد البحيرات والمجارى المائية، وتعد الأسماك مصدراً أساسياً للطعام فى هذه المجتمعات وكذلك النشاط الاقتصادى الرئيسى لها، الأمر الذى يجعل لها ثقافات متميزة تعتمد فى وجودها على صيد الأسماك وتؤثر على عاداتهم ومعتقداتهم. والمعنيون بالدراسة فى هذه المجتمعات هم الصيادون وكذلك أفراد المجتمع المحلى والمعالجون الموجودون فى هذا المجتمع وأخيراً أعضاء النسق الصحى الرسمى فيه وذلك من خلال التعرف على رؤيتهم للعالم ونظرتهم المستقبلية والمثالية.

ثانياً: الاتجاه النظري للدراسة:

يمثل مفهوم رؤي العالم World Views أو النظرة إلي العالم أو استشراف العالم – وهي المصطلحات السائدة والشائعة في اللغة العربية كترجمة للمصطلح الألماني الأساسي - Weltanchauung أحد المداخل النظرية والمنهجية الهامة المستخدمة في مجال الدراسات الأنثروبولوجية الثقافية ودراسات علم الاجتماع الطبي.

وتتميز دراسة رؤي العالم، وكذلك الدراسات الاجتماعية التي تنبني علي أساسها بالشمولية Universality والكلية .Holistic فهي تتصف بالشمولية من ناحية لأنها تتضمن الجوانب المعرفية والمعيارية والوجدانية التي تعبر عن الثقافة السائدة في مجتمع ما وذلك في وحدة واحدة دون تمييز أو تفضيل أو تركيز أو تحيز لجانب علي حساب الجوانب الأخري، بالإضافة إلي اشتمالها علي كل جوانب العالم الفردية والجمعية والانتقال بينهما دون صعوبة[١]. كما تتصف بالكلية لأنها تهدف إلي الإحاطة بكل أبعاد العالم من وجهة نظر الشخص أو الذات Self موضوع الدراسة وليس من وجهة نظر الباحث [٢]. وذلك لتفادي أوجه النقد الذي تعرضت له دراسات الطابع القومي أو الشخصية القومية. ومن هنا تدور أهمية هذه الدراسات في أنها تجعل من الشخص أو الذات المحور الأساسي في عملية بناء وتبني التصورات الأخري المتعلقة بالكون والمكان والزمان ، حيث لا تتم دراسة الذات بمعزل عن الآخرين من البشر أو غير البشر [٣].

ومن مظاهر رؤي العالم أنها تتسم بـ الترابط Coherence و الثقة بالخبرة Fidelity to experience فهي تعد كلاً مترابطاً من المفاهيم والمسلمات والنظريات والاستعارات التي لا تلغي بعضها البعض وإنما يتم التفكير فيها معاً، وأنها تقوم علي خبرة الناس التي تتضمن نظماً مختلفة من القيم والمهارات والأنماط والعادات والخبرة

(١) السيد حافظ الأسود، تصور رؤية العالم في الدراسات الأنثروبولوجية، المجلة الاجتماعية القومية، المجلد السابع والعشرون – العدد الأول، القاهرة:١٩٩٠، ص ٤٦ .

(٢) أحمد أبو زيد، مرجع سبق ذكره، ص ٨٨ .

(٣) السيد حافظ الأسود، مرجع سابق، ص ٤٧ .

الأخلاقية والخبرة السياسية وتحدث تفاعلاً فيما بينهم• وكذلك الثقة في هذه الخبرة طالما أنها لا تتناقض مع الحقائق التجريبية المعروفة، فما يمكن اعتباره حقيقة لا يكون أمراً عادياً، فالحقيقة عن جيل هي مجرد نظرية لجيل آخر حتي ولو كانت مخزية في بعض الأحيان• وهي وإن كانت لا تتناقض مع الحقائق التجريبية المعروفة فهذا لا يعني أنها تتفق معها فقد تحدث تطوراً إضافياً في العلوم الاجتماعية والإنسانية التي تؤسس هذه الخبرة، قد يكون بالضرورة من نقطة تفضيل معينة أو من خلال نقد معين لجانب واحد من جوانبها (١) •

وقد جذبت هذه الدراسات اهتمام الكثير من الرواد الأوائل لعلم الاجتماع والأنثروبولوجيا، ثم اتسع مجال استخدامها وامتدت تطبيقاتها من خلال بعض الدراسات التي قدمها بعض العلماء المعاصرين الذين أسهموا بدرجة كبيرة في بلورة وتأصيل مفهوم رؤية العالم وتعريفه وتطبيقه كأداة علمية منهجية للتعرف علي فلسفة المجتمعات والشعوب ونظرتهم إلي أنفسهم وإلي الكون أو العالم بما فيه من بشر وغير بشر•

وها نحن نعرض فيما يلي المفاهيم الأساسية لرؤي العالم وتعريفها ومدي الحاجة إليها ومقوماتها وذلك من خلال نشأة وتطور الدراسات التي انبنت عليها، ثم نتناول بالشرح الجوانب النظرية والمنهجية لهذه الدراسات•

١- المفاهيم الأساسية لرؤي العالم:

هناك بعض المصطلحات التي تتداخل معانيها مع ما يعنيه مصطلح رؤية العالم أو أنها تستخدم نفس المعني مثل: نظرة أو رؤية Vision ، صورة Image، توجيه معرفي Cognitive Orientation، رؤية معرفية Cognitive View ، منظور رؤية العالم World View Perspective ، مبادىء متضمنة Implicit Premises ، فروض أساسية Basic Assumptions ، روح الثقافة Ethos أو الخرائط المعرفية Cognitive Maps. (٢) غير

(1) Aerts D., and et., aL., "World Views: from Fragmentation to integration", http: // pespmcl. Vub. Ac. Be/ CLEA/ reports/ World View. (1994), 24/6/2000.

(٢) السيد حافظ الأسود، مرجع سابق، ص١١ .

أن رؤية العالم تختلف عن كل ما تضمنته معاني كل هذه المصطلحات من حيث أنها الصورة التي يكونها أعضاء المجتمع عن الخصائص والمقومات والشخصيات في هذا المجتمع حسب تصورات أعضاء المجتمع أنفسهم • أو أنها تشير إلي الشكل الذي يبدو به العالم في نظر الناس أنفسهم ، بمعني أنها تعني بوجه خاص – ما سبق واشرنا اليه – بأنها الطريقة التي يري بها الشخص أو الذات في مجتمع معين نفسه وعلاقته بكل ما عداه[١] • إلا أن تحديد ماهية رؤية العالم تستلزم أولاً تفسير ما المقصود بالعالم ودوره في الثقافة•

(١) ما المقصود بالعالم؟

يقصد بالعالم المحيط المطلق واللا محدود الذي نرتبط به معرفياً وعملياً ووجدانياً. ولذلك نقول عن العالم الذي نعيش فيه البيئة كما يختلف هذا العالم تبعا لاختلاف الثقافة المبحوثة. وهكذا يمكن الكلام عن العالم في العصور القديمة وعن العالم في الإسكيمو. كما لا يجب تعريف العالم بـ الكرة الأرضية ولا بـ الموجودات الكونية البشرية وغير البشرية الممكن رؤيتها وإنما يعرف بالكل الذي نعيش فيه والذي ترتبط به ذواتنا بشكل هادف ذي معني[٢].

(٢) ماهية رؤية العالم ؟

هي مجموعة متماسكة من المفاهيم والنظريات التي تسمح ببناء صورة شاملة عن العالم، وبفهم مقومات كثيرة من خبرة الناس بقدر الإمكان، فدائماً ما يتأمل الأفراد والمجتمعات قضايا معقدة تتعلق بكينونتهم وصيرورتهم وبكينونة وصيرورة العالم، وتشكل الإجابات التي يكونونها عن هذه القضايا رؤيتهم للعالم. وعلي الرغم من وجود قناعة بالضرورة والأهمية العملية لدراسة رؤي العالم الا اننا نظن أن اهميتها النظرية تمثل ركيزة لا غنى عنها للفهم وبخاصة مع شح الدراسات التى نتناولها، فى التراث العربى – على أهميتها – إذ تعكس الانفتاح اللا محدود للعقل

---

(١) أحمد أبو زيد، مرجع سابق، ص ٥٥ .

(2) Aerts D, and et., al., Loc., Cit.,

البشري علي الواقع ككل.

كما انها تعبر عن الغاية القصوي الإيثارية للإنسانية المتمثلة في الرغبة في المعرفة وفي خصائص وسمات العناصر البشرية، وبالتالي تعد رؤية العالم نظام إحداثيات رأسية متساوية أو الإطار المرجعي الذي يعرض كل شيء بواسطة الخبرات المتعددة التي يمكن أن توضع داخله. فهى بمثابة نظام رمزي من التصور الذي يسمح بتكامل كل شيء عن العالم وعن ذواتنا في صورة شاملة، الأمر الذي يلقي الضوء علي الواقع كما هو معروض داخل ثقافة ما [١].

وهناك أكثر من تعريف لرؤية العالم وضعه علماء الاجتماع والأنثروبولوجيا خلال المراحل الزمنية لتطور الدراسات والبحوث التي تناولت رؤي العالم. فقد عرفها روبرت ردفيلد Robert Redfield بأنها الرؤية الداخلية الكلية لجماعة ثقافية كما يعلمها أو يعرفها ويجمعها الدارس من خارج تلك الجماعة. وهو ما يتفق مع مفهومه الوصفي لها من حيث هي تصورات عما يجب أن يكون وعما هو كائن ، ومن أنها تتضمن الطرق والأساليب التي تتحد أو تتفرق من خلالها الخبرات وأنماط التفكير وكذلك الجانب المعرفي والوجداني للأشياء الموجودة في العالم وأنماط التفكير والاتجاهات السائدة حول الحياة[٢].

وفي إطار دراسة العلاقة بين رؤي العالم والنسق الاجتماعي أو العلاقات الاجتماعية السائدة في مجتمع هنود جواتيمالا ومدي تأثرها بالعلاقات الاجتماعية السائدة في المجتمعات الفردية نتيجة للاحتكاك الثقافي، عرفها صول تاكس Sol Tax بأنها الفهم العقلي للواقع بما يتضمنه من معرفة ومعتقدات عن الطبيعة والإنسان [٣]. كما عرفها كليفورد جيرتز Clifford Geertz من خلال اهتمامه بدراسة الأنساق الرمزية التصورية للمجتمعات البشرية بأنها: الصورة التي لدي الناس عن الأشياء في الواقع

---

(١) أحمد أبو زيد، مرجع سابق، ص ٥٥ .

(٢) السيد حافظ الأسود، مرجع سابق، ص ص ١٥ - ١٦ .

(٣) المرجع السابق، ص ١٧ .

وهي التصور الذي لديهم عن الطبيعة والذات والمجتمع بالإضافة إلي أنها تتضمن أكثر الأفكار وضوحاً عن النظام [١].

ثم قدم جونز Jones تعريفاً آخر لرؤية العالم من خلال منظور سيكلوجي يركز فيه علي الفرد أكثر من تركيزه علي الجماعة أو المجتمع بأنها: مجموعة من الاتجاهات واسعة النطاق في إطار المعتقدات التي اكتسبها الفرد أو تعلمها مبكراً في حياته والتي لا تتغير بسرعة وهي ذات تأثير قوي علي كثير من سلوكه الملاحظ اللفظي وغير اللفظي، غير أنه نادراً ما يعبر عنها لفظياً في شكل مرجعي مع أنها تنقل بواسطته بشكل ثابت في نمط تعبيري وفي صورة معان مستترة[٢] .

وهناك بعض التعريفات الأخري التي تري أن هناك دوراً إيجابياً للفرد في بناء رؤية العالم بمعني أنه يأخذ أو يبني نظرة معينة ولا يكتفي باستقبال المؤثرات والأفكار التي ترد إليه حتي لا يكون دوره سلبياً محضاً، كالتعريف الذي وضعه أونج Ong موضحاً فيه أن رؤي العالم ليست مادة خام يستقبلها الفرد من العالم الخارجي بل هي بناء يقوم به الفرد أو الثقافة التي ينتمي إليها[٣]. وهو ما يشير إلى أن رؤية العالم ليست أحد المعطيات التي تقدم للفرد أو تذهب له ولكن الفرد نفسه (أو الثقافة التي يشارك فيها) هو الذي يقوم ببناء هذه الرؤية وصنعها وذلك باعتبار أن رؤية العالم هي الطريقة التي ينظم بها الإنسان من داخل نفسه معطيات الحقيقة الواقعية التي تأتي من الخارج ومن الداخل علي السواء. فرؤية العالم هنا بمثابة تفسير وتأويل للعالم[٤].

وقدم كيرني Kearney تعريفاً منهجياً لرؤي العالم من خلال التأكيد علي الجانب المادي في تشكيل رؤي العالم وإعطائه الأولوية والأسبقية علي الفكر بمعني إخضاع الأفكار والتصورات ورؤي العالم لعوامل مادية خارجية معللاً ذلك بأن الأفكار ورؤي العالم تعتمد علي المادة ولا توجد أفكار أو تصورات بدون وجود أساس مادي

(١) المرجع السابق، ص ١٩ .

(٢) المرجع السابق ، ص ٢٣ .

(٣) المرجع السابق ، ص ١٨ .

(٤) أحمد أبو زيد ، مرجع سبق ذكره ، ص ٨٨ .

بينما توجد المادة بالفعل في غياب أو عدم وجود الأفكار[١]. حيث عرف رؤي العالم بأنها مجموعة من الافتراضات الأساسية التي تكون لدي الفرد أو المجتمع عن الواقع والتي يمكن وصفها كمقترحات كنتيجة لطبيعة المقدرة العقلية بقدر ماهي نتيجة للواقع الذي تشير إليه[٢].

ويتضح من كل هذه التعريفات والمفاهيم التي تناولت مصطلح رؤية العالم أنها تحمل نفس المعني أو المدلول بإعتبارها مدخلا ونظرية ومنهجا ومادة إثنوجرافية تؤلف نسق الفكر أو نسق المعتقدات أو نسق الرموز التي تكمن وراء العلاقات والنظم والأنساق الاجتماعية. ومع أنها قد تختلف بالنسبة لدور الفرد ودور الثقافة التي ينتمي إليها ويشارك فيها في بناء وصنع هذه الرؤية، أو في التأكيد علي الأساس المادي للأفكار أكثر من التأكيد علي الأفكار والتصورات، فإنها تتفق جميعها في أنها تهدف إلي التعرف علي موقف ونظرة الإنسان إلي العالم الذي يعيش فيه بكل ما يدخل في تكوينه من ظواهر طبيعية أو فيزيقية ومن كائنات ومخلوقات وقوي ملموسة مرئية وغير مرئية ومن نظم اجتماعية وأنشطة وإبداعات ثقافية، وأن الذات هي المحور الأساسي في عملية بناء وتبني التصورات المتعلقة بالكون والمكان والزمان وأنها لا تدرس بمعزل عن الآخرين من بشر وغير بشر.

(٣) الحاجة إلي رؤي العالم:

إن التوحد الأكبر للإنسانية والتفاعل بين الثقافات وانتشار العلم والمعرفة ونمو الإمكانيات التكنولوجية تدل علي أن خطط الحياة تتحدد من خلال علاقتها بالجماعات الأكبر. فالناس يواجهون الكون كله كما يواجهون قضايا حول دور الإنسانية في هذا الكل الأكبر، كذلك أصبحت المشكلات البيئية المتعلقة ببقاء الإنسانية علي وجه الأرض تمثل اهتمام كل شخص علي الرغم من أنه قد أصبح من الصعب إطالة البحث في خطة الحياة نظراً لتعقد هذا الكل. ومع ذلك فإنه من الممكن التفكير

(١) السيد حافظ الأسود، مرجع سبق ذكره ، ص ٢٦ – ٢٧ .

(٢) محمد أحمد غنيم ، رؤي العالم – تأليف ميكائيل كيرني ، عرض وتحليل محمد أحمد غنيم ، المجلة الاجتماعية القومية، المجلد السابع والعشرين ، العدد الأول ، القاهرة: ص ١٤٦ .

بأسلوب منطقي والتصرف بطريقة مسئولة إذا أُخذ في الاعتبار المناطق المختلفة التي تنتمي إليها والتفاعل القائم بينهما• ولكي يتبصر الناس داخل ذواتهم واحتياجاتهم وقيمهم وأهدافهم عليهم أن يبنوا صوراً أو نماذج لبيئتهم الاجتماعية والمادية ولذواتهم ككائنات تشعر وتفكر وتعمل، وأن يقارنوا اياها بمعرفتهم عن الكون والكرة الأرضية والمحيط الحيوي(١) . ومن ثم فهناك حاجة واضحة لرؤية عالم صحيحة، فهي التي تساعد الإنسان علي التعامل مع الثقافات المتعددة والمتنوعة• فالإنسان يواجه أشكالاً مختلفة من رؤي العالم وكل منها يدعي الصدق وعليه أن يصنف هذه التنويعة من رؤي العالم بالحكمة والمعرفة ومن خلال اجتيازها لاختبارات معينة(٢):

(أ) أن تكون عقلانية وألا تدعو الإنسان لأن يؤمن بالأشياء المتناقضة•

(ب) أن تكون مؤيدة بالدلائل والبراهين ومتوافقة مع ما يلاحظه الإنسان•

(ج) أن تعطي التفسير الشامل والمقنع للواقع•

(د) أن تقدم الأساس المُرضي للحياة بحيث لا يشعر الإنسان أنه مكره علي استعارة مقومات رؤية عالم آخر لكي يعيش في هذا العالم.

وباختصار تعد رؤي العالم جزءاً كبيراً جداً من حياة الإنسان التي يراها ويسمعها يومياً سواء تعرف عليها أم لا، وهي التي توحد أسلوب التفكير وأسلوب الحياة، وتعرف الحياة السليمة وتكتشف الأمل والهدف من الحياة، وتوجه الرأي والتفكير والعمل(٣)• وهكذا تصبح الحاجة إلي رؤي العالم بمثابة الحاجة إلي إطار مفاهيمي يربط كل الأشياء معاً، ويسمح بفهم المجتمع والعالم ومكان الناس فيه ويساعد علي اتخاذ القرارات الحرجة التي تشكل مستقبلهم•

---

(1) Aerts D., et., al., Loc., Cit., .

(2) Jerry Solomon, Loc., Cit., .

(3) Arthur F. Holmes, "Contours of an World View", Grand Rapids: Eerdmans, 1983: P. 5.

(٤) مقومات رؤي العالم :

يتركب بناء رؤية العالم من محاولة تشكيل رؤي للعالم تأخذ في اعتبارها كل جوانب الخبرة لدي الناس، ودائماً ما يقترن هذا البناء بالثقافة حيث تتناقل المفاهيم والمدلولات وتنتقل أنماط السلوك من جيل إلي جيل وتظهر مشكلات سياسية - اجتماعية وتتناقل ألوان الفنون والمهارة والبراعة. وتنبعث المادة المستخدمة في بناء رؤية العالم من الخبرة الداخلية للأشخاص ومن التعامل الواقعي مع الأشياء ومن تفسير التاريخ والمعرفة العلمية بالعالم• ومن الضروري أن ترتبط كل هذه الجوانب بثقافة معينة حيث لا تمثل كيانات جامدة وإنما تكون دائماً في عملية تغير - وهكذا فإن رؤية العالم بهذا المعني ليست صوراً ثابتة أو نسخا طبق الأصل عن العالم وإنما تحاول أن تحيط بكل الجوانب بقدر الإمكان• ولذلك غالبا ما تبدأ رؤي العالم الحديثة برؤي الجماعات الصغيرة أو الثقافات الفرعية ثم تقوم تدريجياً لتحضير وإعداد مفاهيم جديدة للواقع(١). وتمثل العناصر السبعة التالية المقومات الأساسية لبناء رؤية العالم(٢):

(أ) نموذج للعالم Model of World:

بحيث يسمح بفهم طبيعة العالم وماهي وظائفه وكيف بني وكيف يعمل• والعالم هنا يعني الكلية Totality. كل شيء موجود حولنا بما في ذلك العالم الفيزيقي والأرض والحياة والعقل والمجتمع والثقافة والناس •

(ب) الإيضاح Explanation:

وهو يعني كيفية بيان وتفسير الطبيعة الإنسانية، ولم يكون العالم على النحو الذى نراه عليه وليس مختلفاً. ومن أين جاء كله ومن أين جئنا. ولماذا نحن بهذا الشكل ولسنا مختلفين.

---

(1) Aerts D. and et., al., Loc., Cit.,

(2) F. Heylighen, "What is a World View", http:// pespmct. vub. ac.b elworldview - html. (2000), 10/6/2000.

(ج) نظرية القيم Values :

وهي تتضمن المباديء الأخلاقية أو الفضيلة. ما هو الخير وما هو الشر، ونظام المباديء التي تخبر بما يجب أو مالا يجب أن يسلكه الإنسان وتعطي المعني والهدف وتوجه الأفعال.

(د) الفعل Action:

وهو معرفة ما يتوخي الإنسان عمله ولا تعني معرفة كيف يحصل عليه • كيف يعمل الإنسان وكيف يبدع في هذا العالم• وما هي الوسائل التي يؤثر بها في هذا العالم ويغيره وما هي المباديء العامة التي ينظم بها أفعاله•

(هـ) اكتساب المعرفة Knowledge acquisition:

ويعني هذا المفهوم أن الخطط تنبني علي المعرفة والمعلومات والنظريات والنماذج التي تصنف الظواهر التي يواجهها الإنسان • فهو يحتاج كيف يبني النموذج الصحيح• وهو يعادل في الفلسفة نظرية المعرفة التي تسمح بالتمييز بين النظريات الأفضل والأسوء وتضع الإجابة علي السؤال الفلسفي التقليدي ما هو الحقيقي وما هو الزائف•

(و) مجموعات البناء Building Blocks:

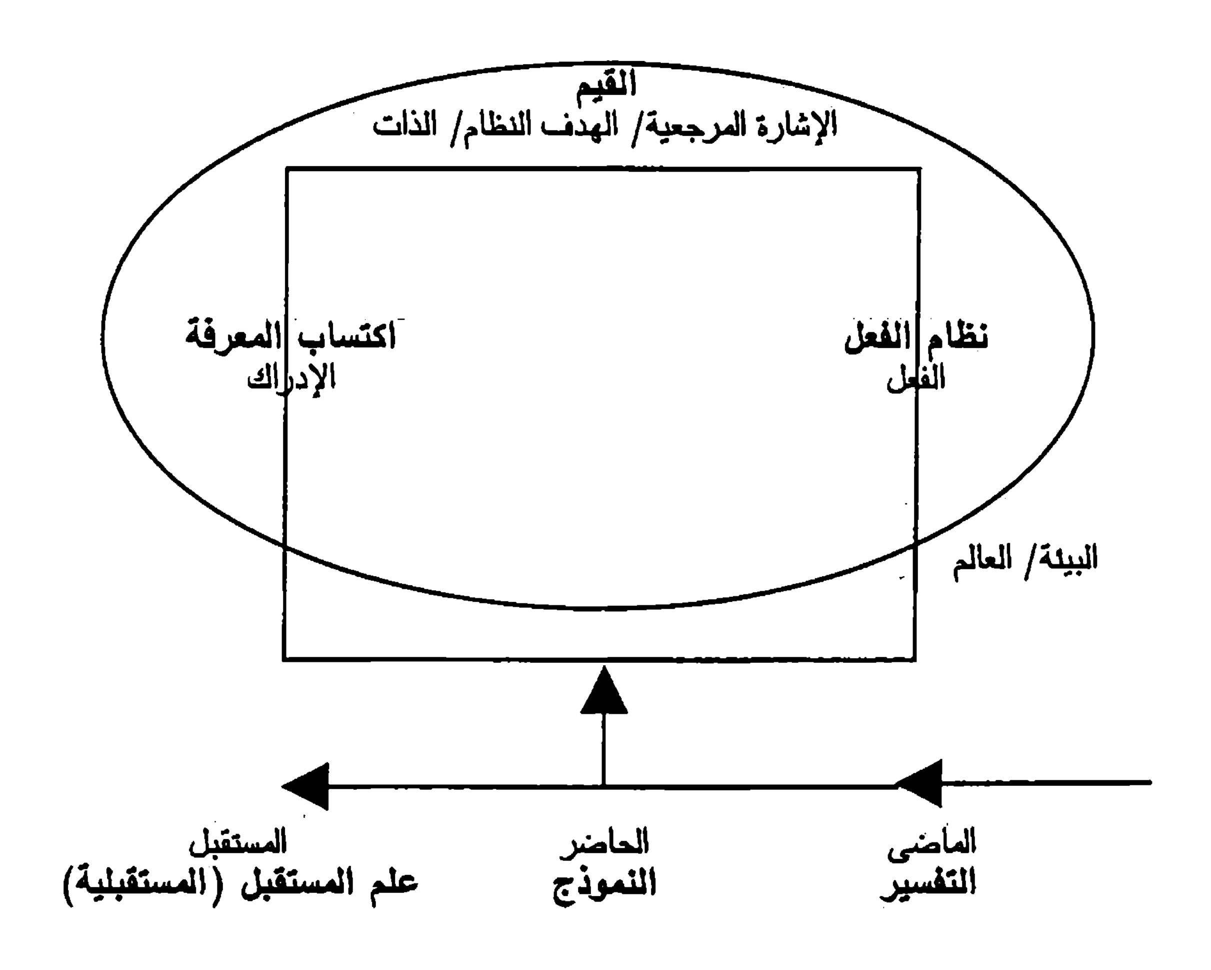
وهي بمثابة الإجابات الجزئية علي المقومات الستة السابقة• وهي تذكر أن رؤي العالم لا يمكن أن تبني علي لاشيء• فالإنسان يحتاج إلي مجموعات بناء ليبدأ بها وهذه المجموعات يمكن أن تكتشف في النظريات القائمة وفي النماذج والمفاهيم والإرشادات والقيم. وهو ما يشي بأن أجزاء رؤية العالم تمثل نقطة البداية نحو فهم أعمق •

والنموذج التالي[1]: نموذج ضبط سيبرنطيقي Cyberneticيصف التفاعل بين النظام أو الذات وبين العالم أو البيئة، ويحاول أن يحقق أهدافه أو قيمه بالمبادرة

---

(1) F. Heylighen, Loc., Cit.,

بالأعمال الصحيحة التي تعوض الاضطرابات الناجمة من البيئة. ولذلك يحتاج من يتبنى هذا النموذج إلي أن يتلقي معلومات عن تأثيرات أفعاله وتأثيرات الحوادث الحاصلة في العالم كما يحتاج أكثر إلي الفهم بإن أحداث خاصة (في الماضي) تسبب أحداث أخري (في المستقبل) وهو ما يعني الاحتياج لنموذج يسمح بتفسير وتوقع الأحداث.



المقومات الستة لرؤية العالم تحتوي علي الجوانب الأساسية لنموذج الضبط وهي مكتوبة بخط ثقيل ومقومات المشروع المناظر مكتوبة بخط عادي.

٢-رؤي العالم كمدخل في الدراسات الاجتماعية والأنثروبولوجية (النشأة والتطور):

نشأ تصور رؤية العالم في الأصل كتصور فلسفي حيث كان يعني النظرة الخاصة إلي العالم أو الكون في إطار المفهوم الفلسفي لنظرية المعرفة والنظرية الثنائية: المادة والروح، المعرفة المادية والجوهر، النفس والجسد، والله والكون[1]. ثم أصبح مدخلاً منهجياً شاع استخدامه في الدراسات الاجتماعية والأنثروبولوجية خلال مراحل تطورها. ففي المرحلة الأولي التي بدأت مع نشأة علم الأنثروبولوجيا منذ منتصف القرن التاسع عشر حتي ستينيات القرن العشرين اهتم العلماء بتعريف وإعادة صياغة تصور رؤية العالم لكي تتناسب مع طبيعة الدراسات الأثنوجرافية. ثم تعددت المناهج والمدارس خلال المرحلة المعاصرة والتي بدأت منذ سبعينيات القرن الماضي بحيث تنوعت وأضافت تفسيرات جديدة لما وضعه الرواد الأوائل لتصور رؤي العالم.

(١) رؤي العالم في مرحلة الدراسات الأنثربولوجية المبكرة[٢]:

وتمثل هذه المرحلة المحاولات الأولية لصياغة نظريات اجتماعية لتفسير رؤي العالم والاهتمام بمضمونها في مجتمعات محلية معينة. وفيها وضع عالم الاجتماع الألماني ديلتاي Dilthey مصطلحه Weltanschauung الذي يعني رؤية العالم ورأي أنه علي الرغم من أن فهم الواقع يعد عاملاً هاماً في تكوين رؤي العالم، فإنه لا يقوم علي أساس معرفي إدراكي صرف ولا تنبع من مجرد الرغبة في المعرفة وإنما من الاتجاهات نحو الحياة والقيم المرتبطة بها. وتتكون رؤية العالم في رأيه من ثلاث عناصر هي: صورة العالم التي تعد معرفية في جوهرها وتنبني علي التفكير، ونماذج الحياة التي تنبني علي الإرادة والنشاط، وأخيرا خبرة الحياة التي تنبني علي الشعور أو الإحساس والقيم.

---

(1) Masudul Alam, The Tawhidi World View and World - System", www. Uccb. ns. ca/ mchoudh/ ipe. htm. 1994, 18/5/1999.

(٢) السيد حافظ الأسود، مرجع سابق، ص ص ١٠ – ٢٣ .

ولقد توضح وترسخ هذا المصطلح بعد ذلك بفضل اهتمامات بعض علماء الاجتماع والأنثروبولوجيا، من قبيل اهتمام ماكس فيبر Max Weber بالجوانب المعرفية والأخلاقية والرمزية لرؤي العالم ، باعتبار أن الأشياء والأحداث الفعلية اليومية هي مظاهر ورموز لعالم آخر خفي يقف وراءها ولا يمكن إدراكه - بما فيه من روح علي سبيل المثال - إلا من خلال الرموز الشخصية • وذهب إلي أن رؤي العالم لها تأثير كبير في الحياة الداخلية للفرد وعلي علاقته الخارجية بالعالم أو الكون•

كما اهتم إميل دوركيم Emile Durkheim بالتصورات أو رؤي العالم الدينية وأطلق علي نسق الأفكار والرموز التي تدور حول تفسير الطبيعة أو الكون اسم التصورات الجمعية Collective Representation التي تعكس بناء المجتمع الذي نشأت وتأصلت فيه وتصور الناس أنفسهم وتقدم تفسيراً لهويتهم وارتباطهم بهذه العالم• فقد ميز دوركيم بين عالمين؛ العالم الواقعي والعالم المثالي فذهب إلي أن الإنسان وضع فوق عالمه الطبيعي الذي تسير فيه حياته العادية الدنيوية عالماً آخر مثاليا لا يوجد إلا في مخيلته• وأن الخصائص المثالية ليست من صفات العالم الواقعي ولا هي داخلة في تركيبه، وإنما هي من خلق الإنسان الذي فرضها علي هذا الواقع• وأن كل المعتقدات الدينية البسيطة أو المركبة تمثل خاصية واحدة عامة أو مشتركة تفترض تصنيفاً لكل الأشياء الواقعية والمثالية التي يفكر فيها الإنسان ، وقسم الكون أو العالم قسمين : قسم يحتوي علي كل ماهو مقدس والآخر يشمل كل ماهو دنيوي أو مدنس•

وعلي عكس دوركيم نظر مرسيا إلياد Mircea Eliade إلي رؤي العالم والتصورات الكونية من زوايا أخري وهي فكرة القداسة. ولم يعزو هذه الفكرة إلي المجتمع كما ذهب دوركيم بل نظر إليها علي أنها انعكاس للبناء الفعلي للكون من حيث هو خلق مقدس في حد ذاته يثير الشعور الديني لدي الأفراد ويؤثر في أسلوب وأنماط حياتهم•

ويلور روبرت ردفيلد Robert Redfield تصور رؤية العالم وحدد معناه وخصائصه في أنه يشير إلي بناء الأشياء كما يراها ويدركها الإنسان، وهو الأسلوب أو

الطريقة التي يري فيها الإنسان نفسه بالعلاقة مع الآخرين والعالم أو الكون ككل• ووضع إطاراً نظرياً عاماً لمكونات وعناصر رؤي العالم علي أنها تشمل الذات وما هو غير الذات من بشر (الناس) وغير البشر (الله والطبيعة) والزمان والمكان• كما فرق في تصوره بين رؤية العالم وهي التصورات التي يشترك فيها معظم أفراد الجماعة ومفهوم دراسة الكون Cosmology وهي الدراسة يقوم بها المفكرون أو الصفوة•

وقد حاول صول تاكس Sol Tax دراسة العلاقة بين رؤي العالم والنسق الاجتماعي أو العلاقات الاجتماعية السائدة في المجتمع، وتوصل إلي أنه لاتوجد علاقة سببية بين العلاقات الاجتماعية ورؤي العالم مفسراً ذلك بأنه بينما تتأثر العلاقات الاجتماعية في مجتمع تقليدي بنمط العلاقات الاجتماعية السائدة في مجتمع آخر نتيجة للاحتكاك الثقافي ، فإن رؤي العالم لا تتأثر بذلك الاحتكاك الثقافي، في حين اختلف معه كليفورد جرتيز Clifford Geertz في هذه النظرة مشيراً إلي أن رؤي العالم التقليدية في بعض المجتمعات الإسلامية (إندونيسيا والمغرب) تحولت وتغيرت نتيجة للاحتكاك الثقافي والاتصال بالحضارة الغربية وتقدم العلم أو برؤي العالم القائمة علي التفسير العلمي•

ووصل جورج فوستر Gorg Foster من خلال دراسته الإثنوجرافية علي بعض المجتمعات الزراعية التقليدية الغربية إلي تأثر أفراد هذه المجتمعات بما أطلق عليه صورة الخير المحدود The Image of Limited Good وفقاً لهذه الفكرة يري الفلاحون أنه طالما أن الخير محدود، وأنه إذا كان النسق مغلقاً فإن الإنسان لا يمكن أن يعدل أو يحسن من وضعه إلا علي حساب الآخرين ، وبالتالي فإن الارتقاء أو التحسن ينظر إليه علي أنه يمثل تهديداً للجماعة كلها. كما يري فوستر وهالويل Foster & Hallowell أنه ليس بالضرورة أن يكون الفرد مدركاً أو واعياً لرؤية العالم أو المبدأ المعرفي الذي يوجه تفكيره، فرؤية العالم تكون لا شعورية وغير مدركة ولكنها تكون متضمنة في القضايا والأفعال التي يقوم بها الفرد ، وذلك علي عكس ما يراه بعض العلماء الآخرين من أن الأفراد لديهم شعور قوي وإدراك واضح برؤي العالم الخاصة بهم•

(٢) رؤي العالم في مرحلة الدراسات الأنثروبولوجية المعاصرة[١] :

تميزت هذه المرحلة بالاعتماد الشديد علي الدراسات الإثنوجرافية التي تهدف إلي استكشاف رؤي العالم كما هي لدي أفراد المجتمعات موضوع هذه الدراسات، كما تعددت النظريات والمناهج التي تناولتها.

فقدم جونز Jonesنظريته بتصور رؤية العالم مستخدماً المنظور السيكولوجي بالتركيز علي الفرد أكثر من الجماعة، وأعطي أهمية وأولوية لما أطلق عليه الاتجاهات واسعة النطاق Wide Rang Vectorsبدرجة أكثر من المعتقدات مبرراً ذلك بقوله إن قصر النظرة إلي رؤية العالم التي تم صياغتها – حول الله والطبيعة علي سبيل المثال – في النطاق المحدود من المعتقدات هو بمثابة تحديد وتضييق لمصادر المعلومات عن رؤي العالم، لأن هذه المعتقدات تعد اتجاهات واسعة المجال لها تأثير قوي علي السلوك، وبدلاً من تناول المعتقدات ذاتها يجب البحث عن الاتجاهات واسعة النطاق بحيث لا تكون مجرد رسائل تنقل في صياغات فلسفية لاهوتيه فحسب، بل تكون أيضاً معاني مستقرة تنتقل في صورة تعبيرية في أشكال متنوعة من أنماط السلوك اللفظى وغير اللفظى. وقدم بعض الفروض والمسميات التي تؤلف اتجاهات رؤي العالم في شكل ثنائيات متقابلة: البساطة / التعقيدوالثبات / والتغير، والاستمراية/ الانفصالية، المباشرة / التوسط، الرؤية الضعيفة / الرؤية الحادة، التلقائية/ القسرية.

ثم قدم ميكائيل كيرني Kearneyمفهومه عن رؤي العالم بقوله إنه لا توجد نظرية متسقة عن رؤي العالم ، وأن هناك نظريتين أساسيتين أثرتا في مفهوم رؤي العالم: النظرية «المثالية الثقافية» التي تهتم بالأبنية الفكرية التي تسقط من اعتبارها كيفية ظهور تلك الأبنية. والنظرية «المادية التاريخية» التي تخضع الأفكار والتصورات ورؤي العالم لعوامل مادية تاريخية. وقد دافع كيرني عن المادية التاريخية منتقداً أصحاب الاتجاه المثالي الثقافي بزعمه أن الأبنية أو الأنساق الفكرية نتجت عن الشروط التاريخية والاجتماعية المتغيرة، وأن المثالية الثقافية تتبنى في –

---

(١) المرجع السابق، ص ٢٣ – ٤٥ .

شكلها المتطرف – الوجود المستقل للمادة غير أنها تعطي الأولوية للقوي اللا مادية (التصورات والأفكار والله والأرواح) في تحديد وتشكيل العالم المادي. في حين أن الاستراتيجية الأساسية للاتجاه المادي التاريخي تكون في التركيز علي العوامل المادية والاقتصادية والتاريخية التي يتمخض عنها الصراع الطبقي، والتي تؤثر في تشكيل ووجود الأفكار والتصورات التي تؤلف رؤي العالم والبناء القومي (الأيدولوجي) للمجتمع.

ولقدتحول رابابورت Rappaport عن النظرية المادية وأولي اهتماماً كبيراً بمجالات الدين والمعني واتبع مدخلاً شمولياً حديثاً بين من خلاله حتمية الاختلافات الموجودة بين تصورات الناس عن الطبيعة بما فيها المجتمع وبين البناء الفعلي للطبيعة وكشف عن التفاعل القائم بينهما دون إخضاع أي عنصر للآخر في عملية الوصف أو التحليل الأنثروبولوجي. وميز رابابورت في ذلك بين نموذجين: عرف الأول «بالنموذج المعرفي» Cognized Model وهو بمثابة رؤية العالم المميزة للمجتمع أو الثقافة محل الدراسة ، ويمثل هذا النموذج الجانب الداخلي أو الذاتي للأفراد حيث يشير إلي المفاهيم والمعاني والمعتقدات المتعلقة بالبيئة أو العالم الذي يعيشون فيه. والنموذج الثاني هو ذلك «النموذج الإجرائي» Operational Model الذي يشير إلي الوصف الموضوعي لظاهرة ما ويهتم باكتشاف القوانين والمعاني المميزة لشعب ما.

وتعد الدراسة الإثنوجرافية لـ بارنز Barnnos عن التقليد الجماعي في إحدي المجتمعات الآسيوية (أندونسيا) من الاسهامات الأنثروبولوجية المتميزة في دراسات رؤي العالم حيث اعتمد فيها علي منهج التحليل اللغوي للتعرف علي رؤي العالم والتصورات الجمعية وأنساق التفكير في هذا المجتمع بواسطة الكشف عن معاني الكلمات والعبارات وأسماء الأشياء والأشخاص والأماكن التي يستخدمها الأفراد في مضمون حياتهم اليومية المادية بواسطة الكشف عن أوجه التشابه في معاني الكلمات والعبارات الأساسية أو المحورية وتتبع معانيها والتصورات المرتبطة بها في جوانب الحياة، وذلك بهدف الكشف عن التصور الرئيسي الذي يؤثر في باقي التصورات

الأخري ويضفي عليها طابع الوحدة والتكامل، بالرغم من التناقضات والأضداد التي تتضمنها. وقد طبق في هذه الدراسة مدخلا شموليا اعتمد فيه علي الشكل والمضمون حيث يتضح مضمون تلك الرؤي في الوصف الإثنوجرافي المفصل للأفكار والتصورات المعبر عنها باللغة اليومية للأفراد، ويتضح شكل هذه الرؤي في العمل الذي يقوم به الأنثروبولوجي نفسه في الكشف عن العلاقات القائمة بين الأفكار ورؤي العالم في شكل أضداد ثنائية أو هرمية أو في شكل تكاملي يضمها في وحدة واحدة.

ومع تطور الدراسات الأنثروبولوجية اتسع تصور رؤية العالم ليضم أبعاداً سياسية وأيدولوجية بجانب الأبعاد الاجتماعية والفلسفية والاقتصادية. قدم كيرنان Kiernan نمطين من الأطر التصورية التي تنظم التصورات والأفكار ، أطلق علي النمط الأول العالم «المغلق أو المقيد» Bounded World ويتصف هذا النمط باحتوائه علي نماذج محددة من الزمان والمكان وتنحصر فيه خبرة الفرد في المتطلبات المادية والاجتماعية كما يتصف بعده السياسي بالانغلاق والمحلية وترتبط فيه الحركة بالمكان الذي يعيش فيه، ويتميز فيه واقع الحياة بالبطء الشديد وينضغط الزمان لينحصر في الحاضر. والنمط الثاني هو «العالم المفتوح» Open World الذي يقدم إطاراً أكثر حيوية فتمتد فيه الخبرة إلي مجالات أوسع لتشمل أماكن ومجتمعات وثقافات أخري غير المجتمع المحلي المحدود، ويتسع فيه مفهوم الزمان ليشير إلي الماضي والحاضر والمستقبل القريب ويصبح الزمان فيما يتصل بمحتوى المستقبل لا نهائياً ولا محدوداً كما يتصف المكان بالشمول والعالمية.

وفي دراسة معاصرة وضعها بالمر Palmer عن العلاقة بين رؤي العالم وتصورات الأفراد عن الصحة والمرض والحياة والموت في أحد المجتمعات الأفريقية (يوروبا) . حدد فيها ثمانية تصورات ترتبط فيما بينهما من خلال مفهومين أساسين هما «القوة» و«العلاقة» . وهذه التصورات هي :

أ - العلية أو السببية: ويعني هذا التصور أن الأحداث لا تقع بشكل عشوائي بل تحدث بواسطة قوة شخصية، وأن القوة الروحية التي يمتلكها الإله الأعظم هي أشد

وأرقي أشكال هذه القوة· كما توجد القوة في كل الكائنات البشرية علي المستوي الاجتماعي بدرجات مختلفة ومتفاوتة تبعا لاختلاف وتفاوت مكانة الأفراد الاجتماعية ·

ب – الذات: وتتألف الذات – طبقاً لمعتقدات المجتمع المدروس – من المادة والروح. غير أن الفكرة الأساسية في رؤية العالم هي وعي الفرد بأنه يعد كياناً منفصلاً عن الآخر أو عن كل ماهو خارج عليه بالرغم من وجود علاقة بينهما·

ج – الذات والآخر: الذات جزء من ذات أكبر تشمل الأسرة والجماعة والأسلاف (الأحياء والأموات) والأصدقاء والأحفاد أو النسل بصفة عامة · ويتسع مفهوم العلاقة بين الذات والآخرين ليشمل علاقة الإنسان بكل شيء آخر في الكون (البشر والآلهة وكل الكائنات الحية وغير الحية)·

د – الذات والكائنات الروحية: وتعني علاقة الأفراد بأرواح الأسلاف والآلهة باسترضائها بإقامة الشعائر وتلبية رغباتها اعتقاداً بأن الكائنات الروحية بشر وغير بشر تسيطر علي حياتهم اليومية وتمنحهم الصحة والأمن والحظ السعيد·

هـ – الذات والطبيعة: ويعني هذا التصور أن الكون يؤلف وحدة واحدة تمثل الذات فيه شكلاً واحداً من الحياة وأن مبدأ القوة أو تبادل الطاقة بين الأشياء المخلوقة هو الذي يحقق التوازن في هذا الكون ولكي يتحقق هذا التوازن يجب أن يربط الإنسان نفسه بالظواهر الطبيعية ·

و – التصنيف: وهو الحد الفاصل للتمييز المادي وغير المادي وبين الطبيعي وغير الطبيعي وبين الشعور واللاشعور· وقد يختلف مجتمع عن آخر في هذا التصور إذ لا يوجد في تفكير أفراد المجتمع المدروس هذا التمييز القاطع ويعتقدون أن العالم يتكون من كميات متفاوتة من المادة والروح توجد جميعها في علاقات تكاملية ·

ز – الزمان: ويتضمن تصور الزمان في هذا المجتمع بعدين هما: الماضي البعيد والحاضر، أما المستقبل فليس له وجود، فالزمان هو مجموعة من الأحداث التي

وقعت بالفعل أو التي سوف تقع في التو والحال أما مالم يقع وما لا حدود له في الماضي والحاضر فلا زمان له ٠

ح – المكان: ويتسم المكان في تصور هذا المجتمع بأنه لا محدود ولا نهائي، غير أن القرب أو البعد الجغرافي يشكل محوراً في تصور المكان لديهم لارتباطه بالأمن والخطر٠

ويجييء في ختام الدراسات الأنثروبولوجية المعاصرة لرؤي العالم ما قدمه السيد الأسود في دراسته الإثنوجرافية لإحدي قري مصر في محافظة البحيرة عن أنماط التفكير في المجتمع القروي المصري، والتي طبق فيها المدخل الشمولي الذي يهتم بالمضمون والشكل مستخدماً منهج التحليل اللغوي ومعتمداً علي المدخل الرمزي الذي يسعي نحو الكشف عن الرموز – سواء الموضوعات أو الأحداث أو الكلمات أو الأفعال – وعلي مفهوم التقابل والأضداد الهرمية الذي يعني وجود علاقة بين الكل والجزء الداخل في بناء هذا الكل ويعدي هذه العلاقة من حيث أنها علاقة تقابل (ضدية) وعلاقة شمولية استغراقية. وقد توصلت هذه الدراسة إلي أن رؤي العالم في المجتمع القروي المصري تنتظم حول تصورين أساسين يأخذان شكل التقابل أو التضاد والاستغراق ويرتبطان بتصورات أخري مؤلفة من شبكة من الأفكار والمعتقدات المتداخلة التي تدور حول الباطن والظاهر، واللذين يرتبطان بدورهما بتصورات الغيب والشهادة. وعلي ذلك فالمجتمع المصري لديه رؤي عالم مختلفة لكنها مترابطة ومتشابكة وتؤلف وحدة واحدة. فهناك رؤية عالم غيبية ورؤية عالم دينية ورؤية عالم دنيوية ورؤية عالم قائمة علي التفكير التجريبي، وبالتالي فإن الإنسان القروي المصري لديه عالمان مختلفان أحدهما منظور يخضع لعالم الحواس والآخر غيبي غير خاضع لها، وهو ما يفسر كثيراً من الأفعال وأنماط السلوك لديه٠ .ومع أنه ينظر إلي هذين العالمين نظرة شمولية علي أنهما يؤلفان وحدة واحدة هي الكون ذاته ككل فإنه يعتقد أن العالم الغيبي اللا منظور يحتوي العالم المنظور المادي لأن الأول ترتبط به قيمة تعلو علي الثاني٠ كما أن كلاً من نمطي التفكير التجريبي والتفكير الغيبي لدي

أفراد هذا المجتمع محكومان بنمط التفكير الديني من خلال البعد الديني الذي يؤكد قداسة عالم الغيب والبعد غير الديني الذي يتمثل في استخدام القوة والكائنات الغيبية غير المنظورة مثل الجن والأرواح.

٣- الجوانب النظرية والمنهجية لدراسات رؤي العالم:

تعد دراسة رؤية العالم مدخلا ومنهجا ونظرية ومادة إثنوجرافية تؤلف نسق الأفكار والمعتقدات والرموز التي تكمن وراء العلاقات والنظم والأنساق الاجتماعية في المجتمع. ومن ثم فهي بمثابة أداة علمية يستخدمها الباحث الأنثروبولوجي لدراسة موقف الإنسان وطريقته في النظر إلي الواقع بالنسبة لكل ما يحيط به من وجهة نظر (الشخص) أو (الأشخاص) أفراد مجتمع الدراسة. ويفهم من ذلك أن كل شخص من هؤلاء الأشخاص هو مركز أو محور الدراسة الذي يدور حوله البحث وهو العنصر الأساسي ونقطة الانطلاق فيها، وذلك بما يتكشف من خلال نظرته أو رؤيته الخاصة التي تعبر عن المباديء العقلية التي تكمن وراء هذه النظرة أو تلك الرؤية. وأن هذه الرؤية تعبر في مجموعها عن الأوضاع والقيم السائدة في مجتمع الدراسة. وهكذا طالما كان الهدف الأساسي من دراسات وبحوث رؤي العالم هو الكشف عن المباديء العقلية وأنساق الأفكار التي تكمن وراء نظرة الشخص أو الذات وتتدخل في تكوينها وتوجيهها، فإنه يتعين علي الباحث الأنثروبولوجي التعرف علي نظرة ذلك (الشخص) أو (الذات) إلي ذاته وإلي العالم الذي يحيط به وعالمه الخفي غير المرئي، وطريقة فهمه للواقع بما في ذلك تصوره للطبيعة وأعضاء المجتمع وأنساقه وقيمه وعالمه الخفي غير المرئي[1].

وتختلف دراسات رؤي العالم عن الدراسات الأنثروبولوجية والأثنوجرافية المألوفة من حيث أن الأخيرة تهتم بدراسة البناء الاجتماعي بكل علاقاته ونظمه وأنساقه المختلفة وتعني بملاحظة الواقع المعيش ورصده وتحليله وفقاً لما يلاحظه الباحث الأنثروبولوجي نفسه أثناء الدراسة الميدانية عن سلوك الناس وتصرفاتهم. أما

(١) أحمد أبو زيد ، مرجع سابق، ص ٥٥ .

دراسات رؤي العالم فتنبني علي فهم الظواهر والأحداث والأفعال بمعني أنها تبحث عن أنماط التفكير والمباديء العقلية المجردة التي تكمن وراء الوقائع والحقائق الشخصية الملموسة والغوص وراءها من خلال ما يراه (الشخص) أو (الذات) موضوع البحث نفسه وعن غيره من أشخاص وكائنات وأشياء وظواهر وقوي مختلفة. ولذلك فإن التعرف علي «رؤي العالم» في الدراسات والبحوث الاجتماعية والأنثروبولوجية غالباً ما يتم علي مستويين مختلفين ومتكاملين من الرؤية: الأول وهو مستوي (الرؤية الحالية الواقعية والمثالية) بمعني رؤية الناس للواقع القائم بالفعل وتوقع الشخص ما سيكون عليه هذا الواقع في المستقبل، والثاني مستوي (الرؤية المستقبلية) وهو التصور المثالي الذي يتمني الشخص أن يكون عليه الواقع الذي يعيشه من ناحية وما يتوقع أن يكون عليه ذلك التصور الحالي في المستقبل من ناحية أخري[1].

وهنا أحسب أن على أن أبين أهم الجوانب النظرية والمنهجية لدراسات رؤي العالم من وجهات نظر وأيديولوجيات مختلفة، حيث تنطلق بداية من فكر الفيلسوف الألماني فيلهلم ديلتاي Wilhelm Dilthey. كي اتناول بعدها إسهامات اثنين من العلماء الأنثروبولوجيين الأمريكيين في هذا المجال وهما: روث بنديكت Ruth Benedict و روبرت ردفيلد Robert Redfield، لتكون أفكار ميكائيل كيرني Michael Kearney وإبراز معالجته لمفهوم رؤية العالم من مدخل ماركسي نهاية مطاف فى هذا الجانب، الذى اريد من خلاله الكشف عن أهم الخصائص والملامح والمشكلات وأساليب البحث والأفكار التي تبناها كل منهم.

١-مفهوم رؤية العالم عند ديلتاي[2]،[3]:

إن أي محاولة لتأصيل مفهوم رؤية العالم يجب أن تبدأ من فكر المؤرخ الألماني ديلتاي الذي يعد من أبرز المفكرين الذين تعرضوا بالدراسة والتحليل لمفهوم

---

(١) المرجع السابق، ص ٤ .

(٢) المرجع السابق ، ص ص ٦٢ – ٦٩ .

(3) Richman, H.: Diltey, Selected writing, Cmbridge univ. Press, (p) 1976 .

رؤية العالم وهو الذى يرى ان العلوم الانسانية يجب ان تقوم على التجربة المعيشة (الحية) Erlabnis • وهو يبني ديلتاي مفهومه عن رؤية العالم علي التمييز بين العلم الطبيعي الذي يهتم بالبحث عن القوانين الطبيعية الكلية، والعلم الإنساني الذي يضم العلوم التاريخية والاجتماعية ويهتم بالبحث فيما هو فردي ويتبع في ذلك منهجاً وصفياً بحتاً. ويري ديلتاي أن دراسات رؤي العالم التي تدور حول الشخص أو الذات والناس والبشر تندرج تحت العلم الإنساني، وذلك لأن العلم الطبيعي يدرس ظواهر الأشياء دون أن يهتم بالتعرف علي داخلها إذ ليس للأشياء الطبيعية داخل أو باطن وأن كل ما يفعله العلم الطبيعي هو شرح الظواهر والأحداث عن طريق ربطها بغيرها من الظواهر والأحداث التي تتلاءم مع القوانين العامة التي لا تكشف عن الطبيعة الداخلية لتلك الظواهر والأحداث، وذلك علي العكس بالنسبة للناس أو البشر الذين هم موضوع العلم الإنساني والذين تدور حولهم بحوث رؤي العالم.

وينظر ديلتاي إلي دراسات رؤي العالم علي أنها دراسات وصفية تاريخية يمكن أن تستخدم (المنهج التاريخي) بمعني الدراسة الوصفية المتكاملة للمشكلة موضوع الدراسة – وليس الاكتفاء بالتتابع الزمني لها. ذلك أن المقومات التى يقوم عليها العالم التاريخى إنما تتجسد منذ البدء فى الكائنات الإنسانية والتى هى فى صميمها كانت سيكلوجية ومن ثم يتنافي مفهومه مع إمكان تطبيق منهج العلوم الطبيعية الذي لا يصلح للظواهر والأحداث التاريخية ذات البعد النفسي عن دراسة الناس أو البشر الذين تدور حولهم بحوث رؤي العالم التي تتطلب الغوص وراء الأفعال والتصرفات العيانية الملموسة، لأن الهدف من الكشف عن نظرتهم إلي العالم هو البحث وراء الأفعال الظاهرية عن الأفكار والمشاعر والوجدانيات والميول والرغبات وغيرها من العناصر الداخلية التي تساعد علي فهم أعمق وأكثر دقة لتلك الأفعال والتصرفات التي تتطلب المعرفة بأفكار الناس أو أعضاء المجتمع، وأحكامهم التقويمية ، والبواعث والدوافع والأغراض والأهداف التي توجه أفعالهم وتملي عليهم هذه الأفعال• كما يري أن فهم هذه المعرفة بما تتضمنه من خطوات وعلاقات وارتباطات – تؤلف (بناء) الشخصية الفردية – هو الذي يقود في النهاية إلي فهم العمليات التاريخية فالطبيعة نحن نفسرها،

بينما حياة الناس ورؤي العالم فنحن نفهما، فالناس يتصلون ببعضهم البعض ويتواصلون فيما بينهم بحيث تستثير تجربة أي فرد منهم أفكار الآخرين ومشاعرهم ووجداناتهم وتدفعهم إلي القيام بأفعال مماثلة، ولذلك يجب أن يتشعب ويتكرر نمط (بناء) الشخصية الفردية بحيث يصبح هو نمط الحياة بالنسبة للجماعة كلها أو للمجتمع القومي أو لإحدي الحضارات أو للحضارة الإنسانية كلها• ومن هنا يذهب ديلتاي إلي أن الحياة التاريخية للجنس البشري هي عملية مستمرة ومتواصلة من هذا النوع من التفاعلات بين الناس ومن ثم فإن محاولة فهم أي حادث فردي أو عمل فردي تتطلب بالضرورة دراسة ذلك الحادث أو الفعل ضمن السياق العام الشامل، لتصبح الظاهرة موضوعا للفهم لا التفسير فحسب كما هو الحال فى العلوم الطبيعية.

لقد بني ديلتاي مفهومه حول دراسة روئ العالم – إلي جانب تمييزه بين نوعي العلم –علي وجود علاقة قوية بين الخبرة والتعبير والفهم باعتبار أن كل خبرة لها تعبير في الواقع يجب فهمه للتعرف علي أبعادها، وأن أفضل وسيلة لفهمه هي استرجاع الخبرة أو استعادتها عقلياً بطريقة واعية، وأن أشكال التعبير تتفاوت فيما بينها تفاوتاً كبيراً من حيث الدقة والقدرة علي التفسير، وعلي ذلك فقد أولي اهتماماته بمشكلات التأويل والتفسير وهو ما يفسر الاعتماد علي المواقف الافتراضية للتعرف علي رؤية الناس لعالمهم بكل نظمه وأنساقه ولنظرتهم إلي الآخرين•

ونظراً لأن مفهوم رؤية العالم عند ديلتاي مفهوم مركب يضم العقائد والأحكام المختلفة عن المشكلات والتساؤلات النهائية المتعلقة بالإنسان ومصيره وموقفه من الحياة والتي تتحدد عن طريق البناء النفسي والاتجاهات الأساسية للفرد وتفكيره المنطقي الذي يبدأ من اعتقاده بصحة وصدق بعض الافتراضات والمسلمات، فإن رؤية العالم عنده تقوم وتنشأ من الحاجة إلي الترابط المنطقي والرغبة التي تكمن في الحياة العقلية للبشر في العثور علي معني للوجود والأسرار التي تحيط بوضع الإنسان في العالم وهو ما أطلق عليه «لغز الحياة» ، مع أنه لاحظ أن الناس في كل المجتمعات الإنسانية – البدائية والمتقدمة – لم ينشغلوا بحل هذا اللغز واقتنعوا بالتخمين

حول المجهول في ضوء ما يعرفونه أو يعملونه وبالرجوع إلي ما يفهمونه ويعقلونه للوصول إلي تفسير كامل للكون من خلال تكوين رؤية منهجية ومطردة للعالم، كما تقوم رؤية العالم في رأيه أيضاً علي ما يطلق عليه (الصورة الكونية) التي تؤلف النواة الأساسية للمعتقدات والمسلمات الافتراضية عن العالم الحقيقي والواقعي، والتي تعطي الإجابات الشافية عن التساؤلات حول مغزي الكون، ومن ثم اعتبرها الأساس الذي تقوم عليه مباديء السلوك ومُثل الحياة وتستند إليه أسباب اختلاف الرؤي في الثقافات الإنسانية المختلفة والصراع القائم بينها.

ويري ديلتاي-إزاء هذا الاختلاف وهذا الصراع- ضرورة إخضاع رؤي العالم للدراسات المقارنة واقترح نماذج من الرؤي يمكن أن توجد في الثقافات الإنسانية المختلفة، وميز في ذلك بين ثلاثة نماذج أساسية وفقاً للطابع العام الذي يغلب علي كل منها وهو الطابع الديني والطابع الشاعري أو الحالم والطابع الميتافيزيقي. ثم اقترح نسقاً آخر من نماذج رؤي العالم يضم أنماطاً يغلب علي كل منها جوانب أو خصائص معينة وتجمع كل الصور المحتملة – من وجهة نظره – عن رؤي العالم في مختلف الثقافات وفي مختلف الخبرات الإنسانية هي:

أ – النموذج الطبيعي أو رؤية العالم الطبيعية: ويعبر عن تأثر الشخص بالنظام أو الترتيب اللا شخصاني للطبيعة وإدراك الناس بأنهم جزء من الطبيعة في نفس الوقت.

ب – نموذج مثالية الحرية: وهو أحد مظاهر الرؤية المثالية الواقعية للعالم ويقوم علي الأولوية المطلقة لمكانة الإنسان المتميزة ككائن أخلاقي حر، وعلي الأولوية المطلقة للعقل علي الحس.

ج- نموذج المثالية الموضوعية: وهي الرؤية المثالية الموضوعية للعالم والتي تعني تصور الشخص للكون كوحدة عضوية متكاملة وما يترتب علي ذلك من انسجام وتجانس وتناغم بين مكوناتها وتعاطف المثل والقيم في الثقافات المختلفة.

٢- مفهوم رؤية العالم عند روث بندكيت (١)،(٢):

اتجهت بندكيت إلي الاهتمام بدراسة الثقافة باعتبارها تعبر عن القراءات المختلفة للحياة أو لتفسيرات الحياة وتري مارجريت ميد Mead,M فى تقديمها لكتاب روث بندكيت «انماط من الثقافة «بأن بندكيت عندما بدأت فى دراستها للانثروبولوجيا عام ١٩٢١ لم تكن كلمة «الثقافة» في حينها تجرى الا على السنة القلة من المتخصصين وتمضى السنوات وتثرى بندكيث حقل الدراسات الانثروبولوجية مستخدمة مفهوم رؤية العالم في مدخلها الصياغي لدراسة الثقافة كوسيلة لإقامة نظرية عن صيغة الثقافة ككل• ولم تكن الثقافة في رأيها مجرد مجموعات متفرقة أو عشوائية من الأفكار والأشياء المادية المصنوعة ولكنها كانت تعتقد أن كل مجتمع يستمد كيانه ووجوده وتماسكه ووحدته نتيجة لوجود مباديء معينة من الترتيب والتنظيم بحيث يكشف النسق الثقافي الناجم عن ذلك أنماطاً أو صيغاً محددة ومتميزة خاصة بذلك النسق بالذات، بمعني وجود صيغ وأنماط ثقافية متمايزة لكل ثقافة من الثقافات الإنسانية كانعكاس للاتجاه السيكولوجي السائد في هذه المجتمعات• ومن هنا كانت تنظر إلي هذه الأنماط والصيغ الثقافية علي أنها نظرة أو رؤية للعالم، فالفرد منذ ميلاده وهو خاضع للسائد فى مجتمعه من عادات – تؤكدها رؤية جون ديوى من وجهة نظرها • عن الدور الذى تلعبه العادة فى تشكل سلوك الفرد وما ان يستطيع الطفل نطقا حتى يكون قد تلقى ثقافته الأولى والتى لا يكف عن تلقيها لتصوغ رؤيته للعالم، ولا يمنع ذلك – وهو ما تؤكده الادلة – من أن الجماعات الانسانية تستطيع اقتباس بعض محددات ثقافتها من جماعات مختلفة عنها مما يشير الى انتقال التقاليد عن طريق الثقافة، مما يكون رؤية للعالم تقوم على صيغ كلية للثقافة•

٣-مفهوم رؤية العالم عند ردفيلد (٣):

قدم العالم الأمريكي روبرت ردفيلد إسهامات عميقة في مجال دراسة رؤى العالم وارتبط اسمه بهذا النوع من الدرسات ثم من بعده تلاميذه من الأنثروبولوجين

(١) أحمد أبو زيد، مرجع سابق، ص ص ٧٢-٧٤ .

(2) Ruth Benedict: Patterns of culture, New American Library, U.S.A. 195. Preface by Movgaret Mead.

(٣) أحمد ابو زيد، مرجع السابق، ص ص ٧٨-٨١ .

المعاصرين الذين يؤلفون معاً ما يطلق عليه جماعة ردفيلد . وقد اتخذ ردفيلد صيغتين مختلفتين في معالجته لمفهوم رؤي العالم يمثلان مرحلتين مختلفتين من تطوره الفكري. فقد بني مفهومه في الأولي علي فكرة الذات وأن كل ما في هذا العالم يدور حول الشخص أو الذات بمعني أن الشخص أو الذات - وليس الباحث - هو الذي ينظر إلي العالم من حوله وهو الذي يعبر عن هذه النظرة أو تلك الرؤية، وأنه يتعين علي الباحث أن يمسك عن تصوراته ويكبح أفكاره وراءه حتي يسمع من الناس أنفسهم وبذلك يكون ما يرصده هو ترتيبهم ومقولاتهم هم أنفسهم وتوكيدهم لجانب معين بالذات دون غيره من الجوانب. أما الثانية فكان يعني بها أن رؤية العالم هي النظرة الداخلية لأي جماعة محلية ثقافية والتعرف عليها وتجميع المعلومات عنها من خلال الباحث نفسه الذي يعيش أصلاً خارج هذه الجماعة وبحيث يأخذ في اعتباره - في وصف هذه النظرة إلي العالم- أشياءً وأموراً معينة مثل أشكال أو فئات الخبرة التي يتوصل إليها من خلال سلوك الناس ولغتهم سواءا كانوا يدركون وجودها أم يجهلونه٠

ويتضح من هاتين الصيغتين أن ردفيلد لم يقصر مفهومه علي فكرة الذات فقط ونظرة الذات إلي كل ما عداها فحسب، فهو لا يمانع من أن يستشف الباحث من سلوك الناس ومن خبراتهم وتجاربهم وعلاقاتهم ولغتهم أنماط التفكير التي تكمن وراء هذا السلوك دون أن يعطيها الأولوية التي يعطيها للذات وأن ما يصل إليه الباحث هو خطوة مكملة لرأي الذات وفكره وترتيبه وتنظيمه وذلك لأن هناك عناصر أخري يصعب إغفالها لأنها تضيف أبعاداً وأعماقاً جديدة، وتقوم علي فئات ومجالات من التجربة الواقعية قد يغفل الشخص أو الذات الإشارة إليها أو لا يدرك وجودها ويقع علي الباحث عدم الكشف عنها٠

وينتهي ردفيلد في توضيح مفهومه لرؤية العالم بتفرقته بين كل «ثقافة» - التي توحي إلي الأفهام الطريقة التي يبدو بها الناس أو المجتمع موضوع الدراسة - ورؤية العالم التى تعني الطريقة أو الكيفية التى تبدو بها الأشياء فى نظر هؤلاء الناس أو المجتمع ذاته. ليصل إلي أن مفهوم رؤية العالم عنده يعنى ويهتم بالطريقة التي

يري بها الإنسان نفسه فى علاقته بكل ما عداه وذلك من منطلق أن الإنسان هو مركز العالم وأنه هو الذى يتولي عمليه التنظيم والترتيب والتقييم وإصدار الأحكام سواء فيما يتعلق بذاته أم بعلاقته مع الآخرين أو فى علاقته بالطبيعة أو بالعالم الروحى أو العالم الغيبى ونظرته إلي الدين والكائنات الخفية، ويخلص فى ذلك إلي أن كل رؤية للعالم ينبغى أن يتوافر لها بعض العناصر الأساسية التالية:

أ – نظرة الإنسان إلي نفسه علي أنه جزء من الطبيعة ويؤلف فى نفس الوقت كياناً متميزاً وخارجاً عنها.

ب – عدم إغفال بعدى الزمان والمكان فالكون له ابتداء وله أمد بالإضافة إلي الفترات الزمنية المنتظمة (تعاقب الظواهر الكونية وتتابع الفصول) مما يستلزم رصد المكان وتحديده كما يراه الشخص أو الذات أو أفراد الجماعة.

ج – إدراك الذات لذاتها وللآخرين وتحديد أوجه التشابه والاختلاف ومدي القرب أو البعد وأسباب ذلك من وجهة نظر الذات.

د – إدراك الكائنات والموجودات غير البشرية والعلاقات القائمة بينها وبين الشخص أو الذات بما فى ذلك الظواهر الكونية والكائنات غير المرئية والقوي والإرادات المختلفة.

وقد تكون هناك بعض الشكوك حول وجود رؤية واضحة واعية لدى الشخص عن العالم بكل مقوماته وأبعاده وخصائصه فى ضوء هذه العناصر ومع التسليم بوجود بعض المسلمات التى تؤلف رؤية العالم بشكل ضمني فى كل ثقافة من الثقافات فإن مهمة الباحث هى الوصول إلي هذه الرؤية بكل تفاصيلها وتفرعاتها.

٤- مفهوم رؤية العالم عند كيرنى (١):

قدم ميكائيل كيرنى نموذجاً شاملاً لرؤي العالم ركز فيه على القضايا الرئيسية المتعلقة بدور الفكر الثقافى وطبيعته وهى الفروض المعرفية الأساسية المترابطة

(١) محمد أحمد غنيم، مرجع سابق، ص ص ١٤١ – ١٨١ .

والمتداخلة ديناميكياً الخاصة بمجتمع ما أو بجماعة معينة والتى تحدد سلوكياتهم وقراراتهم وتنظم إبدعاتهم الرمزية من الأسطورة والدين والنظرة إلي الكون والفلسفة العرقية، وذلك من خلال تبنيه لنظرية المادية التاريخية وما يرتبط بها من مفهوم المادية الثقافية ودفاعه عنها وإنتقاده لنظرية المثالية الثقافية.

وشرح كيرنى دفاعه عن الاتجاه المادى بقوله أن رؤى العالم تعنى المعرفة الخاصة بالعالم، ومن ثم فإن ما يدور حوله البحث هو نظرية المعرفة Epistemology وأن هناك اتجاهين متصارعين فى فلسفة ما قبل الماركسية وعلم النفس عن طبيعة الأفكار (التصورات والفروض) وعلاقتها بالعالم وهو ما يشار إليهما بـ الإمبريقية "Empiricism و العقلانية ".Rationalism ويرى الاتجاه الإمبريقى أن كل الأفكار تنشأ من التجرية أي من الإحساس بالبيئة ومن إدراك الأفكار داخل العقل وبالتالي لن تكون هناك معرفه للعالم قبل التجرية أي أنه لا توجد أفكار فطرية في العقل وهو الرأى الذى تأسست على الانسانيات وبخاصة فى النصف الثانى من القرن التاسع عشر وتبناه الوضعيون من قبيل أوجست كونت وجون استيورات ميل، فالتجرية عند ميل – على سبيل المثال – يتقاسمها عاملان، هما ذلك التنظيم الناتج عن مشاهدة الوقائع، وفعل عقلي للتضمين[١] . أما الأشكال المختلفة للعقلانية لدى كيرنى فهى ترمي إلي تحليل المعرفة الإنسانية عن طريق التركيز علي بناء ومحتوي العقل، وقد لفتت الطريقة العقلانية الانتباه – في تناول المعرفة الإنسانية – عن التجرية وعن العالم ووجهته إلي بناء العقل وطريقة عمله، وانحازت بذلك الي اتجاه المثالية الفلسفية التي اتبعته معظم الدراسات الأنثروبولوجية الثقافية. وتري المثالية الثقافية– في شكلها المتطرف– أن الأفكار هي الملامح الجوهرية للواقع، وتفترض في شكلها غير المتطرف أن الظروف المادية تشكلها قوي غير مادية تعمل بطريقة مستقلة عن المادة وتكون مسئوله عن الظواهر المادية وتعطي أهمية خاصة لقوة واستقلال الفكر البشري، ويعد السلوك الإنساني في هذه المثالية الإنسانية وكذلك التاريخ بصفة عامة نتاج

---

(١) عبد الفتاح الريدي: النفسانية المنطقية عند جون استيوارت ميل، دار الكاتب العربى للطباعة والنشر، القاهرة، ١٩٦٩، ص ٩٥ .

ظهور الأفكار وتفاعلها في حين أن المفترض أن تعمل الشخصية والأفكار الرئيسية والأنماط والأبنية علي تشكيل مظاهر السلوك وتركز الاهتمام علي الأبنية العقلية وليس علي كيفيه ظهورها وتطورها كنتيجة للظروف الاجتماعية والبيئة المتغيرة. وعلي النقيض من المثالية الثقافية، تري المادية الثقافية والاتجاه الإمبريقي أن تحديد الأفكار الموجودة في العقل يتم عن طريق الظروف الخارجية التي تُظهر هذه الأفكار وأنها ظواهر مصاحبة للمادة وتتشكل عن طريق الإدراك المعرفي وتنشأ في المخ كانعكاسات للعالم الخارجي. وخلص من ذلك إلي أن وجهة النظر الماركسية التي عرفت بـ «المادية التاريخية» تمثل نموذجاً للمعرفة الإنسانية• كما تعد في الوقت ذاته نموذجاً للعملية التي يتم عن طريقها كشف التاريخ ومعرفته•

ثم حاول كيرني أن يتخذ مساراً وسطاً بين المادية والمثالية فقال صراحة إن الاستراتيجية الرئيسية للأنثروبولوجيا الثقافية تهتم بتفسير تصرفات الناس وشرحها عن طريق الأفكار الموجودة في رؤسهم علي المدي القصير. أما علي المدي الطويل فالمشكلة تتمثل في شرح تلك الأفكار، ولا يتسني ذلك إلا بدراسة بيئة هذه الأفكار وتاريخها وهذا يرجح التوازن لصالح الظروف المادية والاجتماعية. وانتهي في ذلك إلي أن نظرية رؤية العالم بمثابة نظرية عقلية من الناحية التكنيكية ولكنها تقوم علي أساس المادية التاريخية من الناحية الاستراتيجية•

وفي تعريفه المنهجي لماهية رؤية العالم – ناقض كيرني طرق وأساليب تشكيل الرؤي المختلفة باعتبارها نظماً للمعرفة عن طريق التفاعل بين البشر وبيئتهم، فوضح أن رؤي العالم الخاصة بمجموعة من الناس هي طريقتهم في النظر إلي الواقع• وهي تتكون من الصور والافتراضات الأساسية التي تخلق أسلوباً للتفكير في العالم، وتتضمن صورة الذات وكل ما يعرف باللاذات• ولاحظ وجود اختلاف كبير بين الافتراضات الخاصة بالواقع من جماعة لأخري مع أنها تعتمد علي وتؤثر في هذا الواقع• ولذلك فهي تري أن هذه الافتراضات مقترحات لطبيعة المقدرة العقلية بقدر ما هي نتيجة للواقع التي تشير إليه، بما يعني أن هناك أساليب وطرائق مفاهيمية خاصة – أطلق

عليها المباديء العمومية لرؤي العالم - ضرورية لكي يقوم الناس بالتفاعل مع أنفسهم ومع بيئتهم أو بمعني أن أحد الافتراضات النظرية - في رأيه - هو أن فئات رؤي العالم تشكل في حد ذاتها الفئات الجوهرية للفكر الإنساني وهي فئات عامة فيما بين الأجناس، ومع أنها فئات ثابتة فإن محتواها غير ثابت وهناك وقت لملء محتواها (بالصور والافتراضات) بمستويات قد تكون متساوية بدرجة أو أخري تقل أو تكثرعلي الرغم من إختلافها.

ويضيف كيرني أنه نظراً لأن أي نظرية مكتملة لرؤي العالم يجب أن تفسر كيفية بناء التمثيل الثابت والنافع للبيئة الاجتماعية والمادية، كما يجب أن تنشأ في عالم الواقع، وأن الحواس هي التي تقوم بتحقيق هذا الاتصال بين العقل والواقع، فإن المشكلة تصبح هي معرفة طريقة تحويل المعلومات المكتسبة عن طريق الحواس إلي صور وافتراضات وعمليات الاستقبال المادي للمعلومات من البيئة والتحديد الأعلي للأحاسيس الأولية لاستقبال المعلومات عند كل مستوي من مستوياتها ثم وضعها في تراكيب بنائية موجودة من قبل (الخطط - الخرائط المعرفية - الصور - الافتراضات) وهكذا يكون الإدراك ورؤية العالم نتاجاً للواقع والعقل والأداء والتاريخ .

وقد لاحظ كيرني أن أصحاب الاتجاه المثالي في دراسة رؤية العالم (النظريات والدراسات المثالية الثقافية) قد طرحوا عدداً من المسائل في مجال وصفهم لأوجه الشبه والاختلاف بين مجتمعات العالم مثل مشكلة النمط Pattern والصيغة الاجمالية الثقافية Configuration والشخصية الأساسية Basic Personality وروح الشعب Ethos ورؤي العالم World View ، وأن الاهتمام الأساسي لهذا الاتجاه هو الأمور الذهنية والعقلية التي تعد من أهم خصائص الثقافة. وكيفية قيام الثقافات باستعارة السمات من بعضها البعض بطريقة منتقاه وتحول السمات المقبولة عند إدخالها في بيئة ثقافية جديدة، والطريقة التي يرفض بها الناس السمات الثقافية المتميزة، أو التي تعدل بها تلك السمات شيئاً من القيم الأساسية لهؤلاء الناس. وكذلك تنظيم التاريخ الثقافي للتقاليد الثقافية والمحلية المتميزة من جديد عن طريق التجميع الشامل لكل العناصر

الثقافية السائدة في بعض المناطق الثقافية المختلفة• وظهور مدرسة الثقافة والشخصية التي ركزت علي مشكلة تكوين الشخصية• كما يوضح أنه بالرغم من التشابه الكبير بين نظرية الثقافة والشخصية مع نظرية رؤي العالم، فإن هناك فارقاً جوهرياً بينهما وهو أن مدرسة الثقافة والشخصية تهتم بالتعبير عن المشاعر والوجدان في حين تعطي دراسة رؤي العالم الاهتمام الأكبر للوظائف العقلانية للعقل •

وقد حدد كيرني ثلاث مشكلات رئيسية تؤخذ في الاعتبار عند إقامة نموذج لرؤية العالم هي:

أ – تحديد الفئات المعرفية التي تعد أبعاداً ضرورية للمقارنات الثقافية المتقاطعة لرؤي العالم.

ب – تحديد أنواع القوي التي تشكل مضامين الفئات المعرفية العامة•

جـ – تحديد العلاقة بين المقدمات المنطقية لرؤية العالم والسلوك الثقافي الاجتماعي•

وقد وضع إطاراً لوصف رؤي العالم والمقارنة بينهما شريطة أن يكون هذا الإطار قابلاً للتطبيق علي أي رؤية إنسانية للعالم دون تحريفها، بمعني أن هناك مؤشرات تشخيصية عامة لوصف رؤي العالم يجب علي الباحث اكتشافها وأولها هو وجود الذات بصورة واضحة ومميزة عن البيئة أو عن «ماعدا الذات» وتتكون الذات من جانبين الأول: وهو إدراك الذات أنها متميزة عن البيئة المحيطة بها والثاني: هو مفهوم العلاقة بين الذات وما يحيط بها• وفي بحثه عن أسباب تعدد الرؤي العالمية واختلافها لاحظ أنه علي الرغم من احتواء كل رؤية للعالم علي افتراضات عن طبيعة الذات والزمن والعلية، فإن تلك الافتراضات قد تختلف كثيراً من رؤية لأخري، وتتطلب دراسة هذه الاختلافات معرفة الأسباب الخارجية التي تعبر عن البيئة بمعناها الواسع وتشير إلي القوي البيئية غير المعرفية التي تؤثر في محتوي وشكل الفكر وتندرج تحتها القوي الثقافية والاجتماعية والسياسية والاقتصادية التي تصطدم بالمجتمع المحلي من خارجه، والتي تري أن الأسباب البيئية المادية أو الطبيعية هي

المسئولة عن تشكيل رؤي العالم وأهمها مقولة «الزمن» كوجود بعض الظواهر الفلكية التي تحدث في دورات رئيسية منتظمة ومطردة وتفرض نفسها علي اهتمام بعض الشعوب دون غيرها وانعكاس ذلك في بعض النظم الاجتماعية في هذه المجتمعات مثل نسق القرابة ونظام طبقات العمر بالنسبة للذكور والعلاقة بين الزمان والمكان وقياس الزمن بوحدات مكانية. كما يتطلب أيضاً معرفة الأسباب الداخلية عن افتراضات رؤية العالم والتي تعبر عن الجوانب السلوكية والتي تشير إلي قدرة الإنسان علي التكيف وتعديل سلوكه في مختلف البيئات من ناحية وإلي قدرته الهائلة علي تعديل البيئات الطبيعية التي ينتقل إليها ويعيش فيها ويسخرها لمصالحه الخاصة في نفس الوقت. وتتطلب كذلك معرفة نوع التكامل القائم بين كل من الأسباب الخارجية والأسباب الداخلية علي أساس أنهما يؤلفان معاً ما يمكن اعتباره خارجي وداخلي في تشكيل أي رؤية للعالم.

ويري كيرني أن دراسة السلوك الإنساني وأنساق الأفكار كل علي حدة هو من قبيل المغالطة الثقافية لأنها تبحث عن أسباب السلوك والتفكير الإنساني بعيداً عن العقل، كما أن محاولة تفسير الظواهر الثقافية والاجتماعية علي حده هو أيضاً شكل من أشكال المغالطة المثالية. ولأن العلوم الطبيعية سبقت العلوم الاجتماعية، فقد نظرت الأخيرة – خلال تطورها – إلي ما سبقها من علوم، غير أن السلوك الإنساني له بعد عقلي ويعد ظاهرة فيزيقية ولا يخضع لما تخضع له الطبيعة من أحداث عارضة، ومن ثم فهناك جانبان لأي رؤية للعالم أولهما: المحتوي و(المضمون) ووصف هذه المحتوي يعد عملا أثنوجرافيا أمبريقيا، والثاني: هو بناء رؤية العالم ويطلب تحديد مستويات الفكر الأساسية التي تشترك فيها أي نظرية لرؤية العالم مع كل النظريات الأخري. وفى هذا السياق يمكننا أن نرى اتجاهين متعارضين لبناء رؤية العالم: الاتجاه الأمبريقي والاتجاه العقلاني وبالتالي فإن أي مناقشة للمقدمات الكلية لنظرية رؤي العالم يجب أن توفق بين هذين الاتجاهين وبين نموذج العقلانية وما أطلق عليه التركيبية الجدلية أو التفاعلية التي تراعي العلاقات المتبادلة بين الذات وما عداها.

ويضيف كيرني أن نظرية رؤية العالم تفترض وجود درجة عالية من التقارب بين نظام الفكر البشري وطبيعية الثقافة بحيث تؤثر الافتراضات المعرفية المؤثرة في أي مجال من مجالات الحياة في نسق الأفكار المتعلقة بمجالات الحياة الأخري أو الأفكار الخاصة بالطبيعة الإنسانية ومن هنا كان اهتمام نظرية رؤي العالم بمشكلة تكامل الثقافات.

ونستطيع أن نرى من النماذج السابقة والتي تمثل الجوانب الأساسية لمفهوم رؤي العالم أن كل نموذج فيها ينظر إلي رؤية العالم من زاوية معينة. فالمنهج الوصفي الذي اتبعه ديلتاي وأطلق عليه Ideographicلدراسة رؤي العالم باعتبارها دراسات تاريخية تستخدم المنهج التاريخي في دراسة الأحداث والوقائع القائمة والظواهر التي تحدث في زمن محدود، مع اهتمامه بالفلسفات الكبري وتفسيرات الحياة وتأويلاتها وتحليل جانب من تاريخ الفكر لكي يبين نسبية المذاهب الفلسفية المعبرة عن أنماط الحياة وتنوعها، إنما يعني أنه كان يدرس التاريخ من خلال تجميع الرؤي الفلسفية المختلفة للعالم. والدراسة التاريخية عنده هي دراسة كلية تقوم علي الفهم والاهتمام بالعمليات الذهنية والفكر المجرد مع ادراك بأن تطور العلوم الانسانية على صلة وثيقة بتقدم علم النفس، وضرورة الاستقلال المنهجى عن العلوم الطبيعية. كما كانت له طريقته في شرح أي فترة تاريخية معينة في إطار روح العصرZeitgeist بمعني الطابع الأخلاقي والثقافي للعصر. ذلك ان مقولات الحياة نابعة من الحياة نفسها.واستخدمت بنديكت مفهوم رؤية العالم في مدخلها الصياغي المتكامل لدراسة الثقافة كوسيلة وأداة لإقامة نظرية عن طبيعة الثقافة ككل، وقدرتها علي اتخاذ صيغ وأنماط ثقافية متمايزة لكل ثقافة من الثقافات الإنسانية تعكس الاتجاه السيكولوجي والعادات السائدة في المجتمعات المختلفة. أما ردفيلد فقد نظر إلي مفهوم رؤية العالم علي أنه يحدد أو يشير أو يرمز إلي جزء أو قطاع فحسب من التراث الثقافي لمجتمع معين دون أن يهتم باستخدام هذا المفهوم في إقامة أو تطوير نظرية عامة عن طبيعة الثقافة إلا بقدر ما تعتبره رؤية العالم الخاصة بثقافة من الثقافات هي ذاتها ظاهرة ثقافية، ووجه اهتمامه نحو البحث عن الطرق والوسائل والأساليب التى يستخدمها

الناس في تصنيفهم للظواهر التي يدركونها عن طريق العقل مفترضاً أن لكل الناس وعي بوجود (ذات) بداخلهم وأنها محور رؤي العالم – أما كيرني فإن اعتناقه للمدخل الماركسي في معالجته لرؤية العالم يجعله ينظر إلي الثقافات علي أنها نتاج للتاريخ وأنها هي التي تخلق نفسها بنفسها عن طريق الاستجابة للظروف القائمة، وأن أنساق الفكر والثقافة بصفة عامة هي في أساسها استجابات واستمرار لما حدث من قبل علي الرغم من كل ما يقال عن تمتعها بدرجة عالية من الاستقلال والتمايز، كما يري أن التاريخ والوضع الاقتصادي هما أساس الثقافة لوجودهما في كل المجتمعات المحلية وتأثيرهما في علاقة بعضهما ببعض ومن ثم يري أن الجانب الأكبر من ثقافة أي مجتمع هو في الحقيقة من صنع جيرانه، فلم تعد الثقافات المحلية تنشأ وتتطور بمعزل عن غيرها كما كان يحدث في الماضي أو عند المجتمعات البدائية، كما يبدو التفاوت واضحاً في المجتمعات المعاصرة وداخل المجتمع الواحد وهو ما يعبر عنه الفكر الماركسي بـ صراع الطبقات وهو الدور الذي تلعبه الأيديولوجيا في تكوين رؤية العالم في المجتمعات الطبقية وغيابه النسبي في المجتمعات اللا طبقية[١]،[٢]،[٣].

ومعني هذا أن النظرة إلي العالم في ثقافة من الثقافات ليست نتاج فلسفي أو هامشي لتلك الثقافة، وإنما هي الأساس المؤلف من الافتراضات والمسلمات والدعاوي المعرفية التي تكون كل أنماط السلوك والتصرفات والعادات السائدة في تلك الثقافة. وهو ما يفسر الاهتمام بدراسة التصورات الخاصة بالكون وفهم الفلسفات والمعتقدات الدينية وتتبع تفاصيل النظرة العلمية السائدة بالإضافة إلي تتبع أشكال السلوك وأنماط الفعل وأنساق العلاقات الاجتماعية التي تخفي وراءها بعض هذه التصورات والنظرات الفلسفية ومباديء الفكر التي تؤثر في سلوك الناس وتتحكم في علاقاتهم.

ونخلص من كل ذلك إلي أن أهم المباديء العامة التي تعبر عن الجوانب

---

(١) محمد أحمد غنيم، لمرجع السابق، ص ١٥٩ ، ١٦١، ١٧٨، ١٨١ .

(2) Richman, H., Diltey ap.cit.

(3) Ruth Benedict: Patterns of Culture, ap.cit.

النظرية والمنهجية لدراسات رؤي العالم هي[١]:

(١) أن رؤية العالم هي دراسة نظرة أو رؤية الشخص للعالم الذي يعيش فيه ويحيط به، وأن لكل ثقافة نظرة أو رؤية خاصة للعالم، فالثقافات الإنسانية تزود أعضاءها برؤية محددة وبمذاق خاص ومحدد للحياة• ومع ذلك لا تعني رؤية العالم لشخص ما أنها مادة خام يستقبلها من العالم الخارجي وإنما هي بناء يقوم به الفرد أو الثقافة التي ينتمي إليها باعتبار هذه الرؤية هي الطريقة التي ينظم بها – من داخل ذاته – معطيات الواقع الآتية إليه من الخارج ومن ثم تكون رؤية العالم بمثابة تفسير للعالم•

(٢) تقتضي دراسة رؤية العالم الإحاطة بمجموعة من الأفكار التي يعتنقها الشخص (الذات) موضوع الدراسة عن العالم الذي يعيش فيه، كما تهتم بإبراز الذات في مواجهة الكون بأسره وبكل مشتملاته ومكوناته أي بالطريقة التي ينظر بها الشخص إلي الكون وهذا يعني:

أ – الإحاطة بكل أبعاد العالم الطبيعية والفيزيقية والكائنات المرئية واللامرئية من وجهة نظر الشخص (الذات) وليس من وجهة نظر الباحث وهو ما يصبغ صفة الكلية علي دراسة رؤية العالم•

ب– لم تعد المبررات– التي كانت تري الاكتفاء بدراسة رؤية (شخص) واحد فقط في المجتمعات البدائية لصغر حجمها وتجانسها ثقافياً واجتماعياً– كما أنها لا تصدق علي المجتمعات المعقدة وغير البدائية•

ج– لا يعني اهتمام دراسات رؤية العالم بجمع المعلومات المتعلقة بأنماط التفكير وتصور الشخص للأحداث التي تدور حوله وتفسيره لها ونظرته إلي الآخرين وتقويمه لسلوكهم أكثر من اهتمامها بجمع المعلومات الوصفية عن هذا السلوك أو رصد الأحداث، كما يراها الباحث – إهمالاً للظواهر السلوكية أو العلاقات الاجتماعية التي تكمل نظرة الشخص للعالم الذي يعيش فيه•

---

(١) أحمد ابوزيد، مرجع سابق، ص ٨٦ – ٩١ .

د- قد تشتمل دراسات رؤي العالم عدداً من المشكلات المندرجة تحت مفهوم الطابع القومي أو بعض التصورات والأفكار المتعلقة بما ينبغي أن يكون وليس ما هو كائن أو قائم بالفعل، أو قد تعني بدراسة الجوانب الانفعالية في حياة الشخص ومن وجهة نظره الخاصة• وهذا كله ما يضفي عليها صفة الشمولية والكلية .

(٣) تتطلب عملية الفهم استرجاع أو استعادة الخبرة• وهذا يفرض علي الباحث اللجوء إلي أسلوب المواقف الافتراضية•

(٤) تعني دراسة رؤي العالم الإحاطة بعدد من الجوانب التي تغفلها البحوث الأنثروبولوجية التقليدية أو البحوث التي تهتم بدراسة العلاقات والنظم والأنساق والأبنية الاجتماعى وهي:-

أ- أنماط التفكير والمباديء الذهنية في النظرة الثقافية للشخص والتي تكمن وراء الثقافة وتضفي عليها معناها•

ب- الاهتمام بالمباديء المجردة التي تحكم السلوك وأنساق القيم التي توجه الشخص في علاقاته واختياراته•

ج- نظرة الشخص إلي ذاته وإلي الآخرين وتقويمه لهم ولتصرفاتهم وأفكارهم وقيمهم الشخصية ومثلهم العليا وعلاقته بهم وكذا نظرته إلي البيئة الطبيعية والعالم المرئي واللا مرئي وفهمه لمكوناته ومدي اتفاق هذا الفهم مع حقائق الفهم وعلاقة كل ذلك بالواقع الاجتماعي والثقافي في المجتمع ذاته•

د- الطريقة التي تبدو بها الأشياء والعلاقات والتصرفات في نظر الشخص والحكم عليها بمعني الاهتمام بالجوانب المعيارية والتقويمية باعتبار أن رؤية العالم هي الأسلوب الفكري المميز الذي ينظر به شخص ما أو مجتمع معين إلي الكون ويري به هذا الكون•

هـ- الاهتمام بمفهوم الزمان والمكان لدي الشخص موضوع الدراسة نظراً لارتباطهما بالبعد التاريخي والاحتكاك الثقافي وتأثير ذلك علي حياة وقيم المجتمع•

و- النظرة المستقبلية لدي الشخص علي اعتبار أن المستقبل هو امتداد للماضي بمعني أن المستقبل واقع لم يتحقق بعد• وباعتبار أن رؤية العالم ذات طبيعة معيارية وتقويمية أيضاً•

ويتضح من كل ما سبق أن بحوث رؤي العالم تعالج موضوعات وتساؤلات متعددة وأن النقطة المحورية التي تدور حولها هي رؤية الإنسان ونظرته إلي العالم الذي يعيش فيه والذي يحيط به في مختلف مراحل حياته وفي مختلف أنماط الحياة الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والثقافية في مجتمع الدراسة، والكشف عن العلاقة بين الواقع الموضوعي للشخص أو نظرته الذاتية لهذا الواقع وتعرف النظرة المثالية له• والهدف الأساسي من إبراز هذه الجوانب ليس محاولة العثور أو الوصول إلي مبررات تؤكد أو ترفض دعاوي معينة فلسفية أو سياسية أو أيديولوجية، وإنما بهدف توسيع المعرفة والفهم لمختلف جوانب الحياة وتطبيق هذا الثراء المعرفى الذى تقدمه الرؤى المتعددة لمفهوم رؤية العالم والتى يمكن ان تستقى العديد من مقوماتها فى إطار من التكامل فى الدراسات الإجتماعية أو الانثروبولوجيا بعامة، وإن كنا أحوج ما نكون إليها فى الدراسات والابحاث التى تهتم بعلم الاجتماع الطبى لتعمق فهم المقومات الإجتماعية والثقافية المتعلقة بالصحة والمرض فى أي مجتمع أو ميدان نتناوله بالدراسة، ومن ثم تطبيق مفاهيم رؤية العالم على مجتمع الدراسة الراهنة، فيما يتصل بالمقومات الاجتماعية والثقافية المتعلقة بالصحة والمرض فى مجتمعات الصيد.

ثالثاً: الدراسات السابقة

تستعرض الباحثة في هذا الفصل أهم الدراسات والأبحاث العربية والأجنبية التي تناولت موضوع هذه الدراسة بشكل مباشر أو غير مباشر، مبينة الأساليب المنهجية والأدوات البحثية المستخدمة فيها وأهم النتائج التي خلصت إليها.

وتشير الباحثة في هذا الصدد إلي ندرة الدراسات والأبحاث التي قدمها علم الاجتماع الطبي فيما يتعلق بالمقومات الاجتماعية والثقافية للصحة والمرض في مجتمعات الصيادين في إطار رؤي العالم. فقد اقتصرت الدراسات العربية علي الدراسة الأنثروبولوجية للطب الشعبي والممارسات الشعبية والعادات والتقاليد في مواجهة المرض في ضوء بعض الأبعاد الاجتماعية والثقافية سواء أكان ذلك في الريف المصري أم في بعض المجتمعات العربية الأخري. كما تناولت إحدي الدراسات في الأنثروبولوجية التطبيقية دراسة لمدينة العريش[1] وتطرقت إلي ما يتعلق بالصحة والمرض في مجتمعات هذه المدينة بصفة عامة من زاوية مظاهر الطب الشعبي والمطببين الشعبيين فيها، ولم تنظر إلي مجتمع الصيادين في هذه المدينة إلا من حيث الأوضاع الأيكولوجية والنشاط الاقتصادي والمشكلات الاقتصادية التي تواجهه. وهناك أيضاً العديد من الدراسات والبحوث الأجنبية التي تناولت موضوع الطب الشعبي في هذه المجتمعات بصفة عامة والمعالجين الشعبيين والأمراض السائدة ووسائل معالجتها في ضوء الثقافات الخاصة بكل منها. كما أن هناك بعض الدراسات التي نظرت في موضوع الصحة والمرض بين جماعات الصيادين في هذه المجتمعات وفيما يلي أهم هذه الدراسات:

١ - الدراسات العربية:

(١) دراسة أنثروبولوجية لملامح الطب الشعبي في الريف العربي[2]:

أوضح الباحث أن دراسته تقع في نطاق جغرافي يتضمن خصوصية ثقافية

---

(١) فوزي العربي، فاروق مصطفي، دراسات في الأنثروبولوجيا التطبيقية - مدينة العريش، الهيئة المصرية العامة للكتاب، الإسكندرية: ١٩٨٢ .

(٢) عبد الرحيم أبو كريشة، دراسة أنثروبولوجية لملامح: الطب الشعبي في الريف العربي، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة: ١٩٩٢ .

تتميز عن غيرها من النطاقات الأخري في المجتمع المصري، كما أنها تمثل حقلاً جديداً في الدراسات السوسيوأنثروبولوجية الحديثة من وجهة نظره. وكان موضوع الدراسة هو إلقاء الضوء علي الطب الشعبي، ومعتقدات الناس حول الأمراض والممارسات العلاجية الشعبية، ومن ثم التعرف عليها وعلي فائدتها، أو ضررها وخطورتها أو عدم جدواها، وتجدي هذه الدراسات في المشروعات والبرامج الصحية، إذ يمكن الانتفاع بنتائجها لتوجيه الحملات الصحية توجيهاً واعياً. كما يمكن أن تفيد في تنمية ما هو مفيد من الممارسات الشعبية وما يمكن منها أن يكون عاملاً من عوامل التغلب علي الأمراض بحيث يتعاون هذا الجانب مع أهداف الطب الرسمي، خاصة وأن وسائل العلاج الشعبي أخذت تتقدم مع تقدم الإنسان في دراسة الأعشاب والنباتات.

وقد اختار الباحث ريف محافظة قنا لتدور حوله الدراسة لأن هذا المجتمع يمثل النمط التقليدي المتغير وغير المخالط لمجتمعات أخري، حيث يقع معظمه في الأطراف ومجاور للصحراء، وكان لهذا الموقع أهمية كبيرة في الحياة التقليدية، وكان ومازال متميزاً بخصوصية في كثير من أنماط السلوك وخاصة السلوك العلاجي الشعبي.

ومن مبررات اختيار مجتمع الدراسة، ظهور إرهاصات تحمل ملامح التغير، وذلك في غضون التحولات الاقتصادية والاجتماعية التي يمر بها الريف المصري، وهو بعد ممكن أن يتيح للباحث (من وجهة نظره) رؤية عناصر التراث في هذه التحولات وكذلك ديناميات التغير، وما ينتج عن ذلك من اختيار بين البدائل العلاجية.

وتساعد هذه الدراسة علي الكشف عن الطرق العلاجية الشعبية التي يمارسها عامة الناس، ومنها ممارسات علاجية غيبية وغير غيبية يتمسك بها الناس رغم عدم جدواها، تحتاج إلي تفسير وتصنيف وتفريق بين الممارسات القائمة علي السحر، والوصفات ذات الأسلوب الطبي التقليدي مع عدم التحيز لجانب علي حساب الآخر.

كما تساعد أيضاً في تكوين مجموعة من الأفكار التي يمكن أن تتخذ كأساس للتفكير عند تناول المشكلات الصحية، ومن جانب آخر تساعد هذه الدراسة في التعرف علي فئة المعالجين الشعبيين من حيث أنواعهم والتمييز بينهم وكيفية التخصص في العمل وكيفية اكتساب الخبرة والتدريب، والمقابل الذي يتقاضاه المعالج الشعبي.

ويمكن إيجاز وتحديد الأهداف التي تسعي الدراسة إلي تحقيقها من خلال الإجابة علي السؤال التالي:

هل هناك تنافس بين الطب الشعبي والطب الرسمي؟ وأيهما هو الأكثر شيوعا بالمناطق الريفية؟ ويتفرع من هذا السؤال الأسئلة التالية:-

(أ) ما نوع الممارسات الطبية الشعبية التي يلجأ إليها الأفراد عند مواجهة المرض؟

(ب) ما مدي تأثر هذه الممارسات في مجتمعات الدراسة ببعض المتغيرات التالية:

- الاتصال والعزلة لمجتمع الدراسة.
- البعد الطبقي.
- النوع.
- العمر.
- الخدمات المتاحة بالمجتمع (الخدمة الطبية، الخدمة التعليمية، الخدمات الاجتماعية والثقافية).
- وجود الأضرحة.

(جـ) هل هناك وجود للمعالجين التقليديين؟

وفي حالة وجودهم. ما هى الممارسات العلاجية التي يقومون بعلاجها؟ وهل يلاقون إقبالاً يفوق النسق الرسمي؟ وما الدافع نحو هذا الإقبال؟ وهل يمثل الطب الرسمي عنصراً ضاغطاً علي مصادر الرزق بالنسبة لهم؟

الإطار المنهجي للدراسة :

لقد كان الهدف من هذذا البحث إنما هو التعرف علي الممارسات العلاجية الشعبية وجمعها جمعاً سليماً وتصنيفها وتحليلها، هذا بالإضافة إلي إلقاء المزيد من الضوء علي المعالجين التقليديين بالريف المصري، ويعد هذا الموضوع من الموضوعات التي تدخل في مجال دراسة المعتقدات الشعبية والذي يمثل بالتالي أحد الأقسام الرئيسية التي ينقسم إليها ميدان البحث في علم الفولكلور وهي: المعتقدات والمعارف الشعبية، والعادات والتقاليد الشعبية، والثقافة المادية.

ومن هنا فإن هذه الدراسة تضع في اعتبارها الدليل الميداني الذي وضعه محمد الجوهري كما تضع في اعتبارها أيضاً الاستفادة من المنهج الأنثروبولوجي بوسائله المتعددة كالإخباريين، والصور الفوتوغرافية، والملاحظة، وبقاء الباحث لفترات كافية في مجتمع الدراسة للتحقق من مجتمع الدراسة.

مجال الدراسة :

تم حصر هذه الدراسة في المناطق الريفية، وقد شمل المجال الجغرافي في هذا البحث ١٣ قرية من محافظة قنا اعتمد في اختيارها بقدر الإمكان علي عينة مشروع أطلس الفولكلور المصري لـ محمد الجوهري.

أما المجال البشري فإنه يضم الإخباريين من أبناء هذه الوحدات الريفية، ويتحدد المجال الزمني بأكثر من عام بدأ في ابريل ١٩٩١ حتي يوليو ١٩٩٢,

نتائج الدراسة:

(أ) كشفت الدراسة عن أن هناك تواجداً مستمراً للطب الشعبي في أدائه لبعض وظائفه في مجتمعات الدراسة، وتعد فئة النساء أكثر الفئات تعاملاً مع الطب الشعبي، وبخاصة في علاج أمراضهن مثل تأخر الحمل.

(ب) كما كشفت الدراسة بأن فئات السن الكبيرة من الرجال لا يقل اعتقادهم عن فئات السن الكبيرة من النساء في الممارسات الطبية الشعبية.

(ج) أظهرت الدراسة بأن الريفيين في مجتمعات الدراسة لا يعرفون التخصص في الممارسات الطبية التقليدية، حيث إذا أفاد نوع من الممارسات في علاج مرض معين، فسرعان ما تجد الغالبية تقدم علي تجريب هذه الممارسة في علاج مرض آخر.

(د) أوضحت الدراسة بأن هناك تأثيرا واضحا للبيئة علي الممارسات الطبية الشعبية، فمثلاً كشفت الدراسة أن ممارسة تخطي سكة القطار للتخلص من المشاهرة كانت أكثر انتشارا في المجتمعات التي تقع علي خط السكة الحديد، أما زيارة القبور في معظم القري المجاورة لقبور القدماء (الآثار) فكانت النساء تتوجه لزيارتها وإحضار بعض الحجارة والأتربة لوضعها في المنزل كاعتقاد بوجود أثر من الاسلاف يدرأ المرض.

(هـ) أما عن الخدمة الصحية الرسمية فمجمل القول أنها لم تصل لكثير من القطاعات الشعبية الريفية، وهى إن تحققت في بعض الحالات فإنها تكون محدودة وأحياناً بنفقات مرتفعة مما يجعل الاستفادة منها شبه محدودة.

(٢) الطب الشعبي والتطور الاجتماعي في اليمن دراسة لعلاقة البناء الاجتماعي بطرق العلاج[١]:

اتجه الباحث في دراسته هذه إلي مناقشة أساليب العلاج في حالة المرض والعوامل الاجتماعية – الاقتصادية المؤثرة في تحديد هذه الأساليب، محاولاً الاستفادة من معطيات علم الاجتماع الطبي والأنثروبولوجيا الطبية، وحدد الباحث مشكلته الأساسية في دراسة الأساليب العلاجية في ضوء البناء الاجتماعي في المجتمع اليمني، حيث سعي لمحاولة الكشف عن أساليب العلاج في ضوء اتصالها بالأوضاع الاجتماعية والاقتصادية، ونوعية وحجم التغيرات الاجتماعية والاقتصادية بعد ثورة ١٩٦٢.

---

(١) عبد الله معمر، الطب الشعبي والتطور الاجتماعي في اليمن دراسة لعلاقة البناء الاجتماعي بطرق العلاج، مكتبة مدبولي، القاهرة: ١٩٩٠ .

لذلك فإن المعالجة النظرية والمنهجية للموضوع قد اعتبرت البعد الثقافي من أهم الأبعاد الاجتماعية وأكثرها تأثيراً في توجيه الفرد نحو العلاج التقليدي بصفة خاصة.

وهذا جعل الباحث ينطلق من فرضية أن للمجتمع اليمني قبل ثورة ١٩٦٢ خصوصية خاصة به تختلف عن خصوصيات المجتمعات النامية، نتيجة للعوامل التاريخية الداخلية كغياب الدولة المركزية والعزلة التي أدت إلي خلق ظروف اجتماعية واقتصادية وثقافية خاصة بالمجتمع اليمني كرست عدم الانفتاح علي العالم الخارجي والاعتماد الكامل علي البيئة في كل جوانب الحياة الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والعلاجية، كما لعب ذلك دوراً في تشكيل البيئة الاجتماعية والتي وقفت ضد التطور التاريخي للمجتمع اليمني لكن بعد الثورة ازداد دور العوامل الخارجية، فتداخلت الأساليب العلاجية الحديثة مع الأساليب التقليدية، ولا يمثل ذلك ظاهرة في المناطق الريفية والجبلية في المجتمع اليمني حالياً بل وفي المناطق الحضرية أيضاً.

وإذا كان مجتمع الدراسة المجتمع اليمني من ضمن المجتمعات النامية، فقد عاني ولفترة طويلة من حالة الانغلاق والعزلة التامة حتي عام ١٩٦٢، وعدم حدوث أي اتصال حضري سواء كان ثقافياً أم اقتصادياً أم اجتماعياً لذلك اتسم المجتمع اليمني قبل الثورة بالآتي:-

أ- وجود فئات تقليدية تعتمد علي البعد السلالي والعرقي والديني والمهني في عملية التصنيف والانتماء.

ب- عدم وجود قطاع اقتصادي متطور ومعتمد علي التجارة أو الصناعة بل كان الاعتماد علي الزراعة بأدوات وأساليب إنتاجية تقليدية.

جـ- تفشي الأمية وعدم وجود قطاع تعليمي حديث، باستثناء بعض الكتاتيب.

كما كان المجتمع اليمني يتسم بوجود تشكيلة اجتماعية متداخلة من الأنماط والعلاقات الاجتماعية التي تفرضها التشكيلة الاجتماعية الاقتصادية. ومن ضمنها أساليب ونظم العلاج والتي تشمل أسلوبين فقط هما: العلاج التقليدي، والعلاج الطبي الحديث.

واستخدم الباحث مفهوم الأساليب العلاجية بمعني الطرق العلاجية التي يتجه إليها المريض سواء كانت طريقة تقليدية (عشبية أو غيبية) أو حديثة للشفاء من مرضه، ولا يقصد الباحث من ذلك دراسة الأساليب العلاجية بحد ذاتها، وإنما الكشف عن الأبعاد الاجتماعية والاقتصادية والثقافية ذات العلاقة بتحديد وتوجيه المريض لاختيار أسلوب للعلاج دون آخر.

وتوصلت هذه الدراسة للنتائج التالية :-

(أ) عملت البنية الاجتماعية قبل ثورة ١٩٦٢ علي خلق مناخ مناسب لانتشار العديد من القيم والمعتقدات حول المرض ومسبباته يعجز الطب الحديث عن تقديم تفسير لها. وقدمت الثقافة أساليب علاجية مختلفة لمواجهة هذه التفسيرات يقوم بها الأفراد بأنفسهم أو بمساعدة أحد المعالجين.

(ب) تلعب العائلة والجماعة المرجعية دوراً هاماً في توجيه الفرد نحو العلاج التقليدي أو الحديث. آخذين في الاعتبار التفسير المسبق لنوعية المرض والمرتبط بثقافة الفرد وجماعته المرجعية. فكلما كان تفسير المرض واقعياً كلما كان الاتجاه إلي العلاج الحديث، وكلما كان التفسير غيبياً كان الاتجاه إلي العلاج التقليدي وبالذات الطقوسي منه كالزار والسحر.

(جـ) تتدخل التنشئة الاجتماعية بشكل قوي في تحديد نوعية المعالج، وقد يكون دورها أقوي من المستوي التعليمي والاقتصادي في حالات عدة وتعمل الأسرة ممثلة بكبارها علي تكريس مثل هذا التوجيه إما من خلال التلقين أو السلوك العملي للتعامل مع المرض.

(د) يري الباحث أن العزلة الاجتماعية والفيزيقية أسهمت في بقاء واستمرار الملامح الثقافية في مجال العلاج وما ترتب عليها من انتشار الأمية وتأخر وصول العلاج الحديث. مما عمل علي بقاء واستمرار أسلوب العلاج التقليدي بكل تفرعاته المختلفة حتي الآن وبصورة قوية في المجتمع اليمني.

(هـ) يلعب المستوي الاجتماعي الاقتصادي دوراً موجهاً للأفراد تجاه أسلوب

معين من أساليب العلاج، وليس ذلك فحسب بل ويحدد نوعية المعالج، أو الطبيب أو المؤسسة العلاجية التي يتجه إليها الفرد.

(و) انتشر العلاج التقليدي قبل ثورة ١٩٦٢ في الريف والحضر بشكل واسع نظراً لعدم وجود البديل العلاجي آنذاك. إلا أن الأمر تغير بعد الثورة في المدن نظراً لانتشار الخدمات العلاجية الحديثة ورافق هذا الأمر سوء توزيع هذه الخدمات إذ تركزت في المدن وبالذات العاصمة، وعلي الرغم من التقدم الهائل الذي حدث في مجال الطب، وبالرغم من الدقة العملية التي توصل إليها في هذا المجال فان الطرق التقليدية مازالت تتعايش جنباً إلي جنب مع الوسائل الحديثة.

(ز) وأخيراً حاول الباحث إلقاء الضوء علي قضية الاتجاه إلي العلاج في حالة المرض موضحاً دور البيئة الاجتماعية الخاصة بالفرد والمجتمع في تجديد الأسلوب الأنسب للعلاج من وجهة نظر المريض. وأتضح للباحث من خلال ذلك عدم وجود محك واحد وأساسي يوجه الفرد نحو أسلوب العلاج، بل هناك عدة محكات متداخلة مع بعضها البعض تشكل في نهاية المطاف شبكة من العلاقات الاجتماعية التي تحدد في النهاية نوعية العلاج، وترتبط أساساً بازدواجية البيئة الاجتماعية في المجتمع اليمني.

(٣) الخصائص الديموجرافية لزوار المعالجين الشعبيين في وسط السودان[1] :

تهدف هذه الدراسة إلي:

أ - وصف الخصائص الديموجرافية لزوار المعالجين الشعبيين .

ب - دراسة أسباب زيارة المعالجين الشعبيين ومدي تواترها ودرجة ارتياحهم إليها.

ج - دراسة سلوكيات ومعتقدات الزوار تجاه المعالجين الشعبيين .

وقد تضمنت الدراسة أربعة أقاليم تمثل أنماطا متنوعة من المعالجين الشعبيين في وسط السودان وباستخدام تقنيات ملائمة للحصول علي البيانات من خلال

(١) ابتسام محمود محمد وآخرون، الخصائص الديموجرافية لزوار المعالجين الشعبيين في وسط السودان، المجلة الصحية لشرق المتوسط - منظمة الصحة العالمية، المجلد الخامس، العدد ١، ١٩٩٩، ص٧٩-٨٥ .

استخدام أسلوب الاستقصاء لعينة ممثلة والتركيز علي مجموعة من الأسئلة وبافتراض ان الزائرين لديهم الحرية في تحديد يوم الزيارة.

وقد عرفت الدراسة المعالج الشعبي بوسط السودان بأنه الشخص العامي أو المتعلم الذي يدعي أن لديه القدرة أو الموهبة لعلاج الأمراض أو لديه المهارة لعلاج أنواع معينة من المرض أو الألم وأنه قد يحقق كسباً أو شهرة في مجتمعه أو في أي مكان آخر. كما بينت أن الطب الشعبي في السودان يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالمعتقدات الدينية وبمعتقدات أخري قوية. وأن هناك معالجين شعبيين في كل مكان في المجتمع السوداني ولكنهم يتركزون في وسط السودان في منطقة الجزيرة حيث تتنوع الثقافات للسكان البالغ عددهم ٢٥ مليون نسمة داخل مساحة مليون ميل مربع والتي تنعكس في اللغة والعادات والتقاليد والمعتقدات الدينية.

وينقسم العلاج الشعبي في السودان بصفة عامة إلي مجموعتين متميزتين:

أ – المعالجون الدينيون وهم المتأثرون بالثقافة العربية والإسلامية مثل المعالجين بالقرآن والمعالجين الصوفيين.

ب _المعالجون غير الدينيين وهم المتأثرون بالثقافة الأفريقية مثل ممارسي الزار Zarوالمتخصصين في العلاج بالأرواح والذين لديهم قدرات فوق الطبيعية Tal-asim and Kogour.

وقد خلصت الدراسة إلي أن : العلاج الشعبي ينتشر في السودان، حيث يحظي المعالجون الشعبيون باحترام كبير في المجتمع ولقد أظهرت النتائج أن الأطفال دون سن العاشرة من العمر لايشاركون في هذه الزيارات وأن أعمار معظم الزوار (بنسبة ٦١ ٪) تتروآح بين ٢١ – ٤٠ سنة، كما تشكل النساء نسبة ٦٢ ٪ من المجموع. وزوار المعالجون الشعبيين أقل تعليماً بالمقارنة بعامة الناس في المنطقة، وكانت أهم أسباب لجوئهم إلي هؤلاء المعالجين هى: طلب العلاج (بنسبة ٦٠ ٪)، وطلب البركة (بنسبة ٢٦ ٪)، ولم يذكر الزائرون أي أضرار تنجم عن زيارات المعالجين الشعبيين.

٢ - الدراسات الأجنبية:

(١) مرض الجذام لدي قبائل الليمبا(: المرض والعلاج في اطار رؤية العالم[١]

تظهر أهمية هذه الدراسة في أن هناك فجوة ثقافية بين الأطباء ومرضاهم في الأماكن التي لا يكون الطب الغربي (العلمي) مقبولاً فيها بشكل كامل، وأن المرضي لا يستجيبون لمبادرات الصحة العامة، كما لا يذهبون إلي عيادات الأطباء إلا بعد فشل الوسائل التقليدية للعلاج، كما لا يستجيبون تماماً لأسلوب العلاج. وأنه علي الرغم من أن بعض المتخصصين الطبيين في الدول النامية لا زالوا يشكون من جهل مرضاهم، فقد بدأ يشعر معظم هؤلاء المتخصصون بجهلهم الشخصي بوجهات النظر الثقافية لمرضاهم التي لو فهموها لأمكنهم الاتصال بمرضاهم بشكل أكثر فعالية وأن يؤثروا فيهم بطريقة أكثر سهولة.

كما تظهر أهمية الدراسة أيضاً في خطورة مرض الجذام الذي ينتشر في المناطق الاستوائية والمجاورة لخط الاستواء حيث تسود المعتقدات التقليدية حول المرض والعلاج، وأن معظم العاملين في مكافحة هذا المرض يحتاجون لفهم هذه المعتقدات لتصميم برامج موسعة وفعالة وملائمة ثقافياً. بالإضافة إلي ما يسببه هذا المرض من تمزق شديد في عائلة المريض وفي الحياة الاجتماعية لأن ترك المريض بلا علاج سوف ينتهي إلي عاهات وعجز شديد يظل المريض بسببها يعاني من الوصمة والرفض الاجتماعي.

---

(1) Opala J., Boillot F., "Leprosy among the limba: Illness and Healing in The context of world view,," So. Sci. Med., 1996, Jan, 42:1, pp. 3-19.

تتشكل قبائل الليمبا من مزارعي الأرز الذين يعيشون في منطقة غابات السافانا في شمال وسط سيراليون، ويسيطرون علي سبعة مناطق من ١٤٩ منطقة ريفية بها ويمثلون ثالث أكبر مجموعة عرقية في البلد. وتعتبر قبائل الليمبا من السكان الأصليين في سيراليون، وقد أدي وجودهم الطويل بالتساوي في منطقة متنوعة جغرافياً إلي درجة عالية من التنوع اللغوي. وهم ينقسمون الي ثلاث مناطق أساسية لكل منطقة لهجتها المحلية: وارا وارا في الشمال، بيرويا / سافروكو في الجنوب، تونكو / سيلا في الغرب. والمجموعة الشمالية هي المجموعة الأكثر تأثراً بالإسلام، والمجموعة الجنوبية بالمسيحية، بينما تأثرت المجموعة الغربية بالاثنين. وتؤثر المعتقدات والممارسات الدينية التقليدية أو الروحية بشكل قوي في كل مناطق قبائل الليمبا وتتعايش مع الإسلام والمسيحية (نفس المصدر السابق).

كما أكدت هذه الدراسة علي أهمية رؤية العالم كمفتاح لفهم اتجاهات وسلوك المريض في الدول النامية وإجراء المقارنات الصحيحة بين الثقافات المختلفة، وعلي أهمية فهم هذا المرض وسببه وعلاجه وموقف المجتمع والعائلات من هؤلاء المرضي في إطار رؤية العالم. وأهمية فهم الطريقة التي تنظر بها ثقافة معينة إلي المرض والعلاج بشكل عام وذلك لفهم أوسع لرؤية ثقافة العالم وذلك لفهم المفاهيم الثقافية للمرض والعلاج.

فرؤية العالم هي رؤية ثقافية للكون، ولتصوراته التي تشمل كيف يعمل العالم وكيف تعيش وتعمل المخلوقات البشرية، وهي التي تقدم الاتساق المنطقي لتفكير وافتراضات الناس وعاداتهم وسلوكهم، فالممارسات الثقافية يمكن أن توصف من خلال المشاهدة ولكنها لن تفسر إلا بالرجوع الي رؤية كلية للعالم.

وقد تناولت هذه الدراسة تحليل الممارسات والمعتقدات التقليدية المعنية بمرض الجذام لدي شعوب الليمبا في سيراليون، حيث أظهرت أن تلك المجموعة العرقية المتعددة اللهجات لها رؤيتين لمرض الجذام وأسبابه، ونوعين من العلامات الدامغة الوصمات stigmaالمرتبطة بهذا المرض، كما أعادت تفسير مفهوم الجراثيم "germs الذي وضع بواسطة المشتغلين بالطب، كما أن العاملين في برنامج التحكم في/ والسيطرة علي مرض الجذام كان لهم هم الاخرون فهمهم الخاطئ للممارسات والمعتقدات الخاصة بقبائل الليمبا.

وخلصت الدراسة إلي أنه حينما يوطن بعض الناس أنفسهم علي تغيير أحوالهم، فإنهم يعدلون من سلوكهم بشكل أكثر سرعة من تعديل رؤيتهم للعالم. فالسلوك يمكن أن يتغير تدريجياً في شكل ممارسات جديدة تعطي تفسيرات قديمة. ولكن لأن رؤية العالم تعتبر وحدة كاملة ومتسقة ومترابطة منطقياً فإنها لا تستجيب للتغير التدريجي، حيث عادة ما يتمسك الناس برؤيتهم للعالم حتي بعد أن يحدث كم كبير من التغير التكنولوجي والاجتماعي. ومن هنا يواجه المشتغلون بالطب قيوداً علي ما يقومون به من أساليب الصحة العامة التقليدية. فقد ينجحون في تغيير سلوك الناس إلي حد ما

بتقديم عقاقير فعالة أو من خلال التعليم الصحي، لكن طالما أن رؤية العالم التقليدية تظل غير قابلة للتغير فإنه من الصعب أن يكون هناك تأثير للتغيرات في السلوك. وأن الأسلوب الوحيد الذي يمكن به التغلب علي هذه القيود هو دعوة المرضي داخل إطار من رؤيتهم للعالم بواسطة صياغة رسالة تتفق مع أسلوبهم التقليدي في التفكير.

وبتحليل معتقدات وممارسات قبائل الليمبا المتعلقة بمرض الجذام داخل السياق الأوسع من رؤية العالم، كشفت الدراسة عن:-

١-رؤية قبائل الليمبا للعالم:

تقسم قبائل الليمبا العالم إلي منطقتين متقابلتين ومتضادتين: هما المدينة town (mehti)والغابة او الدغل . Bush (feli)

وتُعد المدينة منطقة متحضرة ومكان النظام والتناغم حيث يعيش البشر معاً تحت قانون للسلوك الجيد موضوع بواسطة أسلافهم. وهي محكومة بواسطة الرؤساء والأمراء الذين يحافظون علي السلام من خلال المناقشات والتسويات العلنية ويؤدون تضحيات عامة لمناشدة الأسلاف أن يبعثوا في الأحياء المودة الجماعية .ويزعمون أن الأسلاف يسكنون المدينة بشكل خفي ويراهم الأفراد كشيوخ للإله. وكما أن الله الأعلي لا يدرك - فان الرؤساء والأمراء يسألون الأسلاف أن يصعدوا إلي الله وأن يسألوه البركة بالنيابة عن أبنائهم الأحياء.

أما الغابة أو الدغل فمكان غير متحضر ومنطقة فوضي مأهولة بالأرواح القوية والمخربة أو بالشياطين. ويوصف الشياطين فيها ببشاعة الهيئة وهم مكسوون بالشعر ويشبهون الحيوانات الوحشية. ويخاف الناس من دخول الغابة بمفردهم أو أثناء الليل. فالشياطين معروفون بأنهم يقتلون البشر ويأكلونهم. وهناك بجانب الشياطين الحيوانات الوحشية والنباتات البرية التي تُعد جزءاً من هذا المكان الفوضوي.

وتري قبائل الليمبا أن المدينة كحصن تحت الحصار مهددة بشكل دائم من إضطرابات الغابة (الدغل) المحيطة بهم. كما يعتقدون أن هناك بعض الناس يسمون (bokele)مولودون بأربعة عيون أو بصر خارق يمكنهم من رؤية الشياطين في الغابة

ويتصلون بهم ويتعلمون القوة من النباتات البرية. وغالباً ما يصبح هؤلاء الـ bokele سحرة ويستدرجون القوي المخرية من الغابة للدخول للمدينة كما يدسون المرض للآخرين ليدخل أجسامهم في الليل ويمتص دماءهم ويتوجهون إلي الحيوانات الوحشية ليقتلوا الناس أو يبيدوا حقول الأرز التي تحفظ الحياة.

٢- وتشير الدراسة إلى أن هناك رؤيتين متناقضتين لمرض الجذام داخل ثقافة قبائل الليمبا تعكس احتمالات مختلفة لتفسير المرض في رؤيتهم للعالم.

أ- تنسب القبائل التي تعيش في منطقتي - بيرويوا/ سافروكو في الجنوب و تونكو/ سيلا في الغرب - المرض إلي السحر. حيث يمثل مرض الجذام في الواقع بالنسبة لهم السحر، فإذا تلفظ السحرة بـ «تلف» الجسم فهناك عدة أمراض تنطبق علي هذا التعريف. أنهم يشعرون بالشفقة بالنسبة لهؤلاء المصابين بمرض الجذام باعتبارهم ضحايا أبرياء ,وفي الوقت نفسه يخافون منهم لاعتقادهم أن المرض يمكن أن ينتقل إلي الآخرين. وكانوا ينفون هؤلاء المرضي منذ أربعين أو خمسين عاماً ويبنون لهم ملاجئ مؤقتة عند أطراف القرية ويجلبون لهم الطعام علي فترات قصيرة ولا يسمح لهم بالاقتراب من القرية وذلك بافتراض أن المريض سوف يموت عاجلاً إما بسبب الجوع الذي يتعرض له أو بسبب فصول المطر الطويلة. كما كانوا يدفنون الجسد في تل النمل الأبيض علي مقربة من المدينة اعتقاداً منهم أنه يفسد سريعاً وأن المرض لن ينتشر إلي الآخرين.

ب- أما القبائل التي تعيش في منطقة «الوارا وارا» في الشمال فهم يعتقدون أن المصابين بالمرض هم السحرة وليسوا ضحايا السحر. إن افتراضهم المدهش يشير للمرض باعتباره شيئاخطير يحدث بسبب السحر وبسبب الصفة الشاذة للمرض، فالبقع الحمراء وعلامات المرض المبكرة تفترض السحر بالمعني العملي ذلك ان الاحمر إنما هو الرمز الشائع للسحر كما أن شيطان هذه القبائل المتنكر والمتخفي يسمي ماثوما Mathomaأي الأحمر مثل الأدوات الخطرة ورداء القوة الأحمر، الذي يصنعه الحداد للرئيس.

٣- ظهر نوعان من العلامات الدامغة (الوصمة) بشكل مختلف في أوضاع متغيرة:

فحينما رأت قبائل الليمبا في الغرب والجنوب أن مرض الجذام يمكن أن يعالج، فقد تخلوا سريعا عن مواقفهم السلبية تجاه المرضي، وذلك علي الرغم من أنهم عاملوهم بقسوة إذ كانوا خائفين من المرض بشدة، ولم يكن خوفهم وليس من المصابين بالمرض. ومن ثم اختفي الخوف حينما شفي المصابون بالمرض.

أما قبائل الليمبا في المنطقة الشمالية فقد كانوا أقل ميلاً للتخلي عن مواقفهم السلبية. فعلي الرغم من أنهم عاملوا المصابين بطريقة أفضل إلا أنهم كانوا يخافون منهم بدرجة أكبر من خوفهم من المرض. فقد أوقفوا عزل المصابين ولكنهم استمروا في الخوف منهم وهكذا استمرت مواقفهم السلبية علي الرغم من ظهور العقاقير الحديثة. والشئ الذي قد يدعو للغرابة هى أن السيطرة علي هذا المرض قد أدت إلي تحجيم (تقليل) الوصمة بالنسبة للمرضي الذين عاملهم الناس بقسوة، بدرجة أكثر من المرضي الذين عاملهم الناس بالشفقة.

٤- إعادة تفسير نظرية «الجراثيم» الذي وضع بمعرفة المشتغلين بالطب:

كانت قبائل الليمبا عندما تظهر على أحدهم بقعا قليلة تراها كمرض بسيط أو تأثير خارق للطبيعة قليل الأهمية ربما يسموه Nkehrchkehreh مرض جلدي (ثعلبة) ، أو قويا متعددة الألوان tawo، أو يرونه ببساطة كلدغة حشرة. وقد يفسروها أيضاً باعتبارها إشارة مرسلة بواسطة الأسلاف كنوع من أنواع الوصمة التى تظهر -مؤخرا -علي الجلد، ويقال أنها تظهر في سنوات البلوغ. غير أن التفسير الأكثر شيوعاً هو أن هذه البقع إنما هى طفح جلدي (kulang)سببه قتل الفرد لحيوان مقدس (طوطم) وأن اسم عائلته يرتبط بهذا الطوطم وأعضاء عائلته تحرم ذبح أو قتل هذا الطوطم ويقال أن هذا الفعل يؤدي إلي مرض بسيط (طفح جلدي) يعتقد فى شفاؤه في وقت قصير إذا لم يتكرر الإثم.

ولكن إذا زادت البقع الجلدية فإن المريض يحتاج للعلاج، والمعالجة التقليدية واحدة في مناطق الليمبا الثلاث. حيث يقوم الأعشابي بدعك البقع الجلدية بورقة نبات ذات سطح خشن لتسبب النزف وحينئذ يفركها بمعجون أسود مصنوع من أوراق نباتية محروقة وزيت نخيل محروق وفي بعض الحالات يحرق البقع الجلدية بسكين ساخن. وتؤدي هذه المعالجة إلي قاعدة الإبطال أو التحييد للسمة الأساسية لهذا المرض وهو اللون الأحمر للبقع في هذه الحالة. والفكرة الأساسية هى إبطال اللون الأحمر بالأسود أو بالاتصال المثبط للأحمر.

(٢) كيف تؤثر رؤية العالم لدي الطبيب المعالج والعَالِم في عملهما؟[1]

وتستكشف هذه الدراسة دور العَالِم والطبيب المعالج فيما يتعلق برؤيتهم الشخصية للعالم. وهل تؤثر هذه الرؤية علي نتائج العَالِم ,وتبحث تأثيرها علي الملاحظات العلمية للباحث ,وعلي عمل الطبيب المعالج مع مرضاه. كما تتبني (رؤية عالم) تعتمد علي وجهة نظر دينية وتشير إلي افتراضات أساسية معينة:

أ – افتراضات حول وجود الله ,وحول نشأة وطبيعة الكون ,وحول طبيعة الإنسان ,وحول المعني والهدف من الحياة علي هذه الأرض ,وحول القضاء والقدر.

ب – هل رؤية العالم النظرة العالمية The Weltanschauung المحيطة بالعَالِم لها أي تأثير جدي علي عمله؟

ج – هل تؤثر رؤية الطبيب المعالج للعالم بشكل هام في دوره سواء أكان باحثا يتعامل مع البحث أم كطبيب ومعالج يعالج المرضي؟

وقد تناولت الدراسة رؤية الطبيب المعالج للعالم (كرؤية مسيحية) من حيث تأثيرها في عمل العلماء كأطباء معالجين ,ومن حيث مفعولها علي أدوارهم بالنسبة لرعاية وعلاج المرضي. كما حددت بعض المعايير البسيطة

(1) Armand M. Nicholi, 'How does the world view of the scientist & the clinician Influence their work", from perspectives on science and Christian faith, 41:4, 1989: P. 214-220.

للعلاقة بين الطبيب والمريض والتي يجب أن يلتزم بها الطبيب لإقامة علاقة ناجحة بينه وبين المريض داخل حدود العلاقة المهنية بدون تعصب أو تعاطف.

وقد خلصت هذه الدراسة إلي:

أ - إن رؤية المريض كإنسان خلقه الله ضعيفاً ,تؤثر علي لهجة وسلوك الطبيب المعالج نحو المريض. كما أنها تحول دون التعامل مع المريض كمجرد «حالة مرضية» يجب أن تقيم أعراضها لربطها بالتشخيص الملائم ,وتشجع السلوك الذي يوجه نظر الطبيب إلي ما وراء أسباب المرض، وأن ينظر الى المريض كإنسان مثله، له خصائصه المتفردة وبنفس الآمال والتخوفات والطموحات والمشاعر وربما نفس الصراعات أيضاً، وما يعانيه الإنسان - وخاصة الإنسان الضعيف - الذي اضطره المرض للاعتماد علي الطبيب.

ب - إن التعامل مع المريض وفقاً لهذه الرؤية سوف يكفل قدر من التواضع لدي الطبيب وتجنبه الترفع والكبرياء الذي يصيب من يتولي مقاليد السلطة علي الآخرين. كما تهيئ إعطاء المريض المودة والاحترام التي تعطي لزائر محترم أو قريب محبوب أو شخص مرغوب ,وتشجع الرغبة لديه أن يخدم المريض ويهدئ من روعه ويخفف من ألمه.

ج- هذه الرؤية توجه الطبيب إلي ابتغاء الأفضل للمريض والتصرف وفقاً لذلك ,سواء أكان المريض يثير المشاعر الموجبة أم السالبة ,ومن ثم فإنها تقتضي درجة ليست قليلة من النضج الروحي من قبل الطبيب كما تتطلب منه أيضاً أن يبذل اقصي اهتمام بالمريض بصرف النظر عن مشاعره التي قد يضطر إلي عكسها ويصرف النظر عن المكانة الخاصة بالمريض.

*(٣) الطب الشعبي والمعتقدات الصحية[1] : من وجهة نظر السكان الأبلاتشينيين.

تؤكد هذه الدراسة علي أهمية قضية الرعاية الصحية التي أصبحت تمثل جدلاً مستمراً في المجتمع الأمريكي، كما تؤكد أيضاً علي أن هناك تفاوتا كبيرا بين الاستخدام الفعلى والاستخدام المنشور المسجل والمعلن لخدمات الرعاية الصحية، وذلك حيث يسقط الباحثون والممارسون جزءاً كبيراً من السكان الأمريكيين حينما لا ينظرون إلي الطب الشعبى كنظام بديل قابل للتطبيق في تقليد الرعاية الصحية. ومن ثم تهتم هذه الدراسة بصفة خاصة بممارسات الطب الشعبي وسط السكان الابلاتشينيين. كما تأخذ بعين الاعتبار أهمية استعمال نظرية تكاملية ونموذج معتقد صحي لفهم فائدة الطب البديل في الولايات المتحدة وتهدف إلي:-

أ _بحث أهمية الطب الشعبى داخل نظام معتقد ثقافى ابلاتشيني.

ب – ومن ثم كيف يمكن أن يقوم مقدمو الرعاية الصحية بتقييم دور الطب الشعبي للسكان (العملاء) الأحياء.

ج – بحث كيف يمكن أن يقوم المتخصصون في الرعاية الصحية بدور المدافعين والمؤيدين والوسطاء المهتمين بتقليد الطب الشعبى.

(1) Hellton L. R., "Folk Medicine and Health Beliefs: An Appalachain Perspective". J. Cult. Divers., vol 3, N. 4, 1996: pp. 123-280 .

*يعرف الأبلاتشينيون بكل الأفراد وسلالاتهم الذين نشأوا في غرب فرجينيا بالولايات المتحدة أو أجزاء من الـ ١١ ولاية الآخري التي تمر خلالها سلسة جبال الابلاتشن. وتشمل هذه الولايات: ولاية ألاباما، والمسيسبى وجورجيا وشمال كارولينا وجنوب كارولينا وتينيسي وفرجينيا وكنتاكى وبنسيلفانيا وميرلاند ونيويورك. وقد بدأ سكان هذه الجبال في الهجرة إلي المدن الغربية بأعداد كبيرة في العشرينات والأربعينات، وقد قدر علماء الاجتماع أن حوالي ٣٣,٣٪ من سنسناتي من جبال الابلاتشن يكشفون عن قيم ثقافية راسخة من المعتقدات الدينية المتشددة (المتعصبة) والاتجاه الحالي والشخصانية والعائلية والتقليدية. والإحساس القوى بالمكان. وعلي الرغم من أن معظم الأبلاتشيين قوقازيين وإسكتلنديين وإنجليز وايرلنديين من السلالة الويلزية، فان حوالي مليون ونصف منهم يعتبروا من الأمريكيين الأفارقة. كما أن سكان جبال الأبلاتشن الذين هاجروا من جنوب الولايات المتحدة هم الذين ساهموا بالقيم الثقافية المشابهة المتعلقة بالروابط القرابية والمعتقدات الدينية وتفضيلات مصادر الرعاية الصحية والخدمات الاجتماعية غير الرسمية. (نفس المصدر السابق)

د - كيف يمكن للطب الشعبى الأبلاتشي أن يندمج في نظام الرعاية الصحية ويتكامل معه.

وتستعرض الدراسة العوامل التي أدت إلي تزايد الطب الشعبى في المجتمع الأمريكى، ففي المجتمعات المتعددة الثقافات تمنح معظم الجماعات العرقية المزيد من الثقة في الطب الشعبي حيث يشعرون به كمميز لهويتهم الثقافية،بالإضافة إلي أسباب أخري مثل تصاعد تكلفة الرعاية الصحية السائدة في المجتمع وبعض القيود الموضوعة علي الإجهاض ومعارضة بعض السياسيين لتطبيق نظام التأمين الصحي وعدم قدرة الكثيرين علي الوصول لخدمات الرعاية الصحية.

كما تشير الدراسة إلي أنه علي الرغم من أن البحث في مجال الطب الشعبي يعد محدوداً ,فمن المسلم به أن الثقافة تلعب دوراً حيوياً فيه كما أن أنواع ومدي الممارسة الطبية تعد مفروضة بواسطة كل ثقافة. وأن الدور الرئيسي المتعلق بأسباب المرض داخل الثقافات يعد عملية «تنشئة اجتماعية» Socialization، تستلزم أنظمة معتقدات عائلية والتزامات وتضامن مع المعنيين الآخرين. ومع أنه من المعلوم أن العديد من القوي التطورية المختلفة تؤثر في ممارسة الطب الشعبي فإن هناك نظرية بسيطة موحدة تتطور في هذا المجال (نموذج معتقد صحي) تبشر بأن تكون إطاراً لدراسة الطب الشعبي ,وتعتمد علي فكرة أن احتمال أداء عمل صحي يتوقف علي إدراك فائدة العمل والشعور بتهديد المرض أو الموت.

وعلي ذلك فإن قرار الشخص باستعمال طرق ووسائل الطب الشعبي يعتمد علي نظام المعتقد الخاص به وقدر من الثقة في مهارات ممارس الطب الشعبي.

وقد أظهرت الدراسة أن الطب الشعبي الأبلاتشي يعتمد علي قوة الاعتقاد حيث تتم المعالجات الشعبية بالاقتناع والاحترام للمعالج وحيث يمارس كبار السن منهم العلاج الشعبي المتوارث من الأجيال السابقة. ويتكون المعالجون الشعبيون في جبال الأبلاتش من الجدات (المولدات) والمتخصصين المحليين ذوي القدرة فوق الطبيعية في العلاج. والوظيفة الرئيسية للجدة هي التوليد، والتوليد له طقوس عبارة عن

استنشاق المرأة أثناء الولادة (الطلق) حيث يقوم الزوج بمساعدة المولدة ونفخ النشوق في وجه زوجته ليسبب «العطسة» وبالتالي تسرع في الولادة. بالإضافة إلي استخدام أنواع كبيرة من الأدوية العشبية مثل نبات الساسفراس وشجر بلسم المسكن وجذور نبات عنب الذئب ونبات الجنسة الصيني.

كما تأثر الأبلاتشينيون أيضاً بالخرافة والفولكلور في ممارسة الرعاية الصحية. كما يتمسكون بالمعتقدات الدينية الأساسية، من أن الصحة الجيدة تعزي للصدقة في حين أن المرض يحدث من عند الله والشفاء هو علامة المغفرة.

وقد انتهت الدراسة إلي ضرورة الاعتراف بوجود الطب الشعبي وتناوله كموضوع بحث هام وعنصر محوري في تطور استراتيجيات العلاج في الرعاية الصحية. وعدم إهماله كمؤثر قوي في خيارات وسائل الرعاية الصحية. ومع أن لكل من الطب الشعبي والطب السائد نظرياته وخطط علاج مختلفة غير أنه من المتوقع أن تكون نتائجهم سواء ، ألا وهي علاج المرض. وعلي الرغم من أن أهدافهما متشابهة وأن أسلوب علاجهما يتضمن نفس العناصر فنادراً ما يتصلون ببعضهم البعض. ولذلك يجب تشجيع وتطوير الجمعيات الطبية العامة والشعبية وتشجيع التعاون البحثي لكي يسمح بالتفاعل المتزايد والمشاركة بالخبرة بين كل مقدمي الرعاية الصحية والمهنيين الطبيين.

(٤) ممارسة الطب الشعبي: في المناطق الحضرية المتنوعة السكان[1]:

استهدفت هذه الدراسة الكشف عن أنماط الطب الشعبي ومدي استعمالها في المناطق الحضرية المتنوعة السكان ,من خلال استطلاع مدي الاستفادة من الخدمات الصحية للطفل من قبل والدين منخفضي الدخل ,وسؤال الوالدين عن استفادتهم الحالية من الخدمات الصحية، وموقفهم تجاه نوعية هذه الخدمات وحاجتهم لها ومدي توفر الخدمات الملائمة ومدي ممارستهم للعلاج المنزلي والمصادر البديلة للرعاية الصحية.

(1) Rosina M. B, Alfred P.L., "Folk Medicine use: Diverse Populations in a Metropolitan Area", Social Work in Health Care, vol 21(4) 1995: PP. 37-52.

وقد اختير المبحوثون في هذه الدراسة من أربع مجموعات عرقية مختلفة لكي تسمح بالمقارنات الثقافية المشتركة: أمريكان- أفريقيون وأمريكان- مكسيكيون وأمريكان- صينيون ,وأسبان غير بيض من مشروعات إسكان عامة والحي الصيني الحضري بولاية لوس أنجلوس بالولايات المتحدة.

وقد حرصت الدراسة من بدايتها إلي تحديد ما يعنيه مصطلح «الطب الشعبي» مبينة أن له عدة تعريفات في سياق الحديث ,حيث يمكن أن يشير إلي:-

أ - ممارسات خاصة بأعضاء جماعة عرقية مثل: الطب الشعبي الصيني أو الطب الشعبي الأمريكي- المكسيكي.

ب - يستعين بممارسين طبيين من خارج المؤسسة الطبية الغربية.

جـ- وسائل علاجية جيدة مستمدة من تقاليد الأسلاف السابقين. أو وسائل علاجية رديئة مثل التي تعالج بها المجتمعات البدائية نفسها بدلاً من العناية الطبية المدربة.

كما أوضحت الدراسة أن هناك مفهوماً ضمنياً في أي تعريف يستخدم للطب الشعبي وهو أن سكان الحضر الذين لهم القدرة علي الوصول إلي ممارس الطب العلمي الحديث، أقل احتمالاً من نظرائهم الريفيين في استخدام الوسائل العلاجية للطب الشعبي كمصدر لعلاجهم وعلاج أطفالهم. وأن هناك اعتقاداً شائعاً يتمثل في أن ممارسة الثقافة الشعبية يقتصر أساساً علي الأماكن الريفية التي تكون الرعاية الصحية فيها محدودة ,وأن الثقافة الشعبية والمجتمع الحضري شيئان متناقضان من وجهة النظر الشعبية. في حين يزعم (Foster)أن من الخطأ اعتبار «الثقافة الشعبية» منفصلة عن حياة المدينة الحضرية ,ويفترض أن أنماط الثقافة الشعبية اندمجت وتحورت من مجتمع ريفي إلي حياة مدنية ,ولم تنمحي بتقدم التحضر. كما عرضت أيضاً رأي (Roeder)المتضمن أن الهجرة والانضمام لجماعة أقلية تزيد من وعي الفرد بثقافته وتقاليده بما في ذلك تقاليد الرعاية الصحية ,ويؤدي هذا الوعي إلي التدقيق في تقاليد الرعاية الصحية في ثقافة الفرد وفي ثقافة الأغلبية وكذلك في تقاليد الرعاية الصحية

الطبية – الحيوية ,غير أنه بسبب عدم وضوح خيارات الرعاية الصحية وعدم تغطيتها لكل الأمراض فمن المحتمل أن يستفيد الأفراد بممارسات كل من الرعاية الصحية التقليدية والرعاية الصحية الطبية- الحيوية.

والأساس النظري الذي ترتكز عليه هذه الدراسة هو:

أ – أن معظم معتقدات الطب الشعبي لدي شعوب المجتمعات الغربية مشتقة من النظرية اليونانية القديمة عن الأخلاط الأربعة، التي تقوم علي أن الأخلاط الجسمية الأربعة: الدم والبلغم والصفراء والسوداء تتصف بالصفات المرتبطة بالنار والأرض والماء والهواء وهذه الصفات هي: الحرارة والبرودة والرطوبة والجفاف علي التوالي. وينتهي التوازن الملائم لهذه الأخلاط إلي ما يعرف بالصحة الجيدة وأن اختلال توازنها يؤدي إلي المرض. بمعني أن البرد المفرط والزيادة الشديدة في الحرارة والرطوبة أو الجفاف يؤدي الي حالة من عدم التوازن الذي يميز المرض. وتنسب هذه الأفكار الي «أبو قراط» و«جالنيوس» وربما كان نموذج الحار/ البارد مشتقاً من مبدأ الـ yang and yin(توازن الثنائيات) الذي يرجع الي سنة ٢٦٩٨ – ٢٥٩٨ قبل الميلاد.

ب – أن هناك مزيجاً من ممارسات الطب الشعبي والطب الحديث أو الطب الغربي، يقوم على الاعتقاد بفعالية النوعين في معالجة أنواع مختلفة من المرض ,وأن الأعشاب الطبية تستخدم بالتزامن مع الأدوية الأخري التي يصفها الأطباء. كما يمكن الشعور بالمرض كعدم توازن في النظام الطبيعي أو قد ينسب بشكل متباين للعقاب الإلهي أو السحر ,والعلاج يكون بالإيمان أو بالطبيعة ويستعاد التوازن بالأدوية العشبية أو الطبيعية أو بالقوة الإلهية أو الدينية حيث يكون المعالجون الذين يزعمون أنهم علي اتصال بالقوة الإلهية قادرين علي إبعاد الخطيئة عن الشخص المريض واستعادة الصحة.

جـ– هناك مفهوم آخر يمكن ان يقال بأنه وجه الطب الشعبي ونعنى به المفهوم العملي (الذرائعي) الذي يتخذ من النتائج العملية معياراً له «إذا تحققت نتائجه- استعمله» ، وذلك علي عكس الطب العلمي. فالطب الشعبي لا يحتاج لإثبات «لماذا أو

كيف يعمل الشئ ,بل إثبات أنه يعمل فقط، . ويؤكد هذا المفهوم ما يرويه (Meyer) عن تاريخ الطب الشعبي بقوله أن ممارسة البابليين للطب الشعبي كانت تتم بوضع المريض في سوق عام لكي يراه كل شخص وأن يجرب معه العلاج ,وحينما تتحقق نتيجة العلاج تنتشر المعرفة به في كافة أرجاء المملكة وهذا التقليد مازال مستمراً حتي الآن.

وقد كشفت الدراسة عن من هم هؤلاء الذين يستخدمون الوسائل العلاجية الشعبية؟ حيث أظهرت أن الأمهات هن اللائي يقررن استخدام الوسائل العلاجية الشعبية المتاحة بصفة عامة ,أو عدم استخدامها. كما يبدو أن هذه الأنواع من العلاج تم تعلمها من خلال الروابط العائلية والعرقية والثقافية حيث ذكر العديد منهن أن معرفتهن بالوسائل العلاجية المنزلية كان من خلال أمهاتهن أو جداتهن أو خالاتهن أو عماتهن بطريقة تلقائية وأن العائلات التي كانت من مجموعات عرقية مماثلة كانت تميل إلي استخدام الأنواع الرئيسية من هذه العلاجات.

كما انتهت هذه الدراسة إلي أن نتائج هذه الممارسات مازالت مفيدة ومناسبة حتي اليوم ,وأن الطب الشعبي مازال باقياً بسبب نجاحه وتصاعد تكلفة الرعاية الصحية وعدم الثقة والارتياب في الأطباء ,والعادات العائلية المتوارثة التي استمرت بمثابة تقاليد طبية شعبية ,الأمر الذي يعني أن ممارسات الطب الشعبي تنتقل سماعياً بين الأجيال وتحتفظ بدرجة عالية من الاتساق خلال الزمن. وقد انتهت الدراسة إلي النتائج التالية:-

أ – أن تقليد الطب الشعبي كان قوياً جداً بين كل المجموعات التي تم مقابلتها في هذه الدراسة ولكن كان هناك اختلاف هام في النسبة المئوية لمستعمليه من هذه المجموعات.

ب – ظهر أن الأسبانيين غير البيض كانوا أكثر احتمالاً لاستعمال الطعام كعلاج بينما استعمل الأمريكيون الأفارقة تنويعة من الأعشاب غير العادية أما الأمريكان المكسيكيون فقد اعتمدوا أساساً علي نبات (المنزانيلا) و (اليربابينا) وبضعة

أعشاب أخري مقبولة ثقافياً لعلاج بعض أنواع المرض كما اعتمد الأمريكيون الصينيون علي مستحضرات خاصة تعرف بدون وصفة طبية من التركيبات الدوائية الصينية.

جـ- أصبحت المعرفة بالوسائل العلاجية المنزلية أكثر شعبية بين أفراد الطبقة المتوسطة ,كما زاد اهتمامها بالأغذية الصحية واللياقة والفيتامينات. وأصبح معظم الأفراد أكثر وعيا بقابلية ومقبولية الوسائل العلاجية المنزلية وطريقة استعمالها لعلاج الأمراض البسيطة والوقاية من الأمراض الخطيرة ,مع عدم استعمال الطب الشعبي كعلاج للأمراض المزمنة ولا كبديل للأطباء أو التكنولوجيا الطبية الأخري.

د- سيستمر الطب الشعبي موجوداً ,ولن تمحوه التكنولوجيا ولا التحضر, وأينما تزدهر الثقافة الخاصة بتلك المجموعات العرقية فإن المعتقدات الشعبية حول الصحة والمرض سوف تسود ,كما يمكن أن يري الطب الشعبي كجانب من الدور الذي تلعبه العائلة كنظام علاجي بديل. وتتجسد الممارسات العائلية في السياق الثقافي الذي يحدد ويعرف هذه الممارسات بالنسبة لكل العائلات بغض النظر عن العرقية.

هـ- إذا اعتبر الطب الشعبي كتطور منطقي لتفاعل الفكر العلمي مع الاتجاهات والممارسات الصحية لجماعة ثقافية عبر الزمن ,فإنه لا يمكن أن يعرف بشكل واضح كأسلوب بطل استعماله لفعل الأشياء. لأنه ببساطة ليس مجموعة من الوسائل العلاجية التي تتوارث بين السكان القرويين الريفيين من خلال الكلمة المنطوقة ,بل أنه دليل أسلوب متمرس في التفكير وأن ما يندمج فيه أو يتضمنه كان أكثر فعالية من الأجيال السابقة نحو أسلوب حديث لفعل الأشياء كما أنه المدخل الذي يحاول أن يصون أفضل ما في الماضي في ممارسات صحية حالية.

(٥) تأملات فيما هو خاطئ: تشخيص المرض ومفاهيم المريض عن المرض[1]:

تري هذه الدراسة أن عملية طلب المشورة الطبية للمساعدة في تفسير الأحاسيس الجسمية السلبية تمثل مرحلة حاسمة في عملية فهم المريض للمرض وتصرفه بناء علي ذلك. ومن ثم فهي تهدف إلي:

أ - الفهم الأفضل للدور الذي تؤديه عملية الاستشارات الطبية وخاصة التشخيص الطبي في توضيح ما هو الخطأ في تفسيرات المرضي للمرض ,وذلك خلال استشارة طبية واحدة أو استشارتين بالنسبة لحالة مرضية معينة أو مجموعة من الشكاوي والأعراض.

ب - تتبع كيفية تفاعل التفسير السابق للمريض مع الشرح الطبي لموضوع المرض.

وقد اهتمت هذه الدراسة أساساً بموضوعين رئيسيين :-

الأول: الأسباب التي تؤثر علي تصرف الأفراد حينما يفهمون ما يشعرون به.

الثاني: عملية شرح وتوضيح المفاهيم التي يتشابكون فيها.

وقد سمحت هذه الدراسة - من خلال المنهج المستخدم- ببحث الأساليب التي تمارسها مجموعة من النساء في إعادة تنظيم مفاهيم مرضهن تبعاً لأطوار حياتهن. وكذلك بحث العمليات التفاعلية التي تستند عليها مفاهيم المرض في سياق أوضاع وخبرات الحياة اليومية. وتقييم مفاهيمهن وخبراتهن عن المرض ومدي تأثيره علي حياتهن اليومية. وذلك من خلال مقابلات مكونة من أسئلة ذات اجابات مفتوحة ومقيدة والتى تناولت أسباب استشارتهن للطبيب والأعراض التي كن يشعرن بها وأفكارهن عن أسبابها وما الذي يخفف أو يثير هذه الأعراض وتفكيرهن في تأثير المعالجة ومصادر معلوماتهن عن الصحة بشكل عام ,بالإضافة إلي أسئلة عن روتينهن

(1) Linda M. Hunt, "views of what's woring: Diagnosis and Patient's Concepts of Illness", soc. sci. Med. Vol. 9, 1989: PP. 945-956.

اليومي وكيف تأثر بهذه الأعراض وأي تغيرات في حياتهن خلال فترة المقابلة. كما تضمنت المقابلة الثانية والأخيرة انطباعاتهن عن الطبيب وتفهمهن للتشخيص والوسائل العلاجية الموصي بها.

كما تمت مقابلات لأربعة من الأطباء بالإضافة إلي مقابلات المرضي ،بشأن ممارساتهم ومرضاهم واستنباط رؤيتهم لما هو خطأ بالنسبة لكل المرضي.

وقد أسفرت الدراسة عن النتائج التالية :-

أ- أن توضيحات المرض لا تمثل معايير فكرية ساكنة لكي تقدم أنماطاً للأداء, ولكنها توجد مستقلة وديناميكية لكي تتذبذب خلال الوقت وبالطريقة التي تسمح لها أن تندمج بشكل هادف في أوضاع الحياة المتطورة.

وأن التفاعل الطبي هو مجرد أحد الحالات الاجتماعية الكثيرة التي لها تأثير شديد علي طبيعة وتطور معني المرض.

ب- أن خبرة الناس بالمرض وفهمهم له وتعاملهم معه كجانب من حياتهم اليومية ،تتوافق مع افتراض أن معاني المرض تعد خاصة بالسياق الذي يعيش فيه الناس. وأن معني المرض المستخدم بواسطة النساء اللائي تم مقابلتهن كان خاصاً بسياق حياتهن اليومية ،وأنهن فهمن مرضهن من خلال عملية إعادة النظر التي أسفرت عن توضيحات قابلة للتعديل ومنطقية بالنسبة لهن من حيث تفكيرهن اليومي ومستمده من حاجتهن اليومية.

جـ- أثبتت التصورات المبدئية - حول أمراضهن والتي تمسكن بها قبل التشخيص- أنها متماسكة ودائمة. كما كانت توضيحات الطبيب غير مقنعة كبديلة للمفاهيم السابقة ولكنها كانت تعدل في الأساليب التي تقلل من تناقضها مع الأفكار المسبقة.

د- تشير النتائج إلي أن الناس ينهمكون بطريقة فعلية في عملية ديناميكية لشرح مفاهيم وتفسيرات خبرتهم بالأعراض وهذه تعد عملية تفاعلية بشكل أساسي:

فالمواد الخام تؤخذ من البيئة الاجتماعية والتوضيح المفيد في هذه البيئة يقدم المعيار لكفاءتها ,كما يلعب التشخيص الطبي في هذه العملية دوراً بسيطاً نسبياً ,وقد سمح التركيز علي أوضاع الحياة بالنسبة للناس بتتبع بعض الأساليب التي يجلبون بها بعض الإيضاحات الحساسة التي تصبح بعد ذلك متوافقة وصالحة للاستعمال في تجربتهم المعاشة.

هـ- رغم افتراض أن التشخيص الطبي للأطباء يمكن أن يقوم بدور رئيسي في تفسير المرضي لتجربة مرضهم ,فقد كانت أوضاع حياة الناس الحالية وتجاربهم وبيئتهم السابقة أكثر وضوحاً من التفسير الطبي المعروض. وبوضع مثل هذه العوامل في الاعتبار يتضح أن الأسلوب الوحيد لفهم معاملات وسلوكيات المرض يبدو متناقضاً وغير منطقي من ناحية أخري. وعلي ذلك يكون التشخيص الطبي شيئا اجتماعيا وتفاعليا له استعمالات غير انتاج وتبرير المعالجة الطبية ,فالتشخيص الطبي يجرب ويعدل ويجدد في البيئة الاجتماعية بالإضافة إلي البيئة الطبية. وقلما تؤدي هذه العملية إلي رفض التوضيح الطبي ,ولكن الأكثر شيوعاً أن تشخيص الطبيب يصبح مندمجاً – بطريقة ما – في تفسير مرض المريض ولو بطريقة ظاهرية بمعني أنه تشخيص علي المستوي الاصطلاحي.

و- أن المساهمة النظرية الأكثر أهمية لهذه الدراسة تنبعث من مناسبة تتبع تطور توضيح المرض خلال الوقت. إن مفهوم النماذج التفسيرية لـ Kleinman استخدم في الأنثروبولوجيا الطبية وفي التطبيقات العيادية (الاكلينكية) علي نطاق واسع غير أنها وظفت كمفهوم ساكن في الحالات العيادية. وعلي النقيض كانت إيضاحات المرضي توجد مستقله وديناميكية تعدل ويعاد تعديلها باستمرار. ولعب تشخيص الطبيب دوراً ما ولكنه لم يكن الدور الأساسي علي الإطلاق حيث ظهرت البيئة الاجتماعية بالإضافة إلي البيئة الطبية والتاريخ السابق أكثر أهمية من التشخيص الطبي. وقد كانت هذه النتائج ترتاب في مكانة النماذج المعرفية في الأنثروبولوجيا بصفة عامة لأنها تعاني من نفس العيوب كالنماذج التفسيرية في

الأنثروبولوجيا الطبية.

(٦) الأوضاع الصحية بين الصيادين الذين يعيشون في منطقة يتفشي فيها المرض (ميناماتا)(١)

استهدفت هذه الدراسة بحث الأحوال الصحية الشائعة بين الصيادين الذين يعيشون بمحاذاة المنطقة الساحلية لبحر ياتسوشيرو الذي تعرض للتلوث الشديد بغاز المثيل الزئبقي حيث أجرت استقصاء بالمقابلة علي عينة عشوائية من ٢١٥ صياد سمك خلال الفترة ١٩٨٨-١٩٩٠ في منطقتين متجاورتين تم تصنيفهما كمناطق ملوثة وهما: مدينة ميناماتا بولاية كوماموتو ومدينة أزومي بولاية كاجوشيما.

كما استخدمت الدراسة أربعة مؤشرات لقياس الأحوال الصحية هي:-

أ- نشاطات الحياة اليومية.

ب- وجود أمراض مزمنة.

جـ- أعراض ذاتية.

د- أعراض كآبة.

كما تم بحث أي ارتباطات بين كل من هذه المؤشرات والمستويات المأخوذة المقدرة من السمك والمحار خلال فترة التلوث الشديد. وتم تصنيف المقيمين في المناطق الملوثة في ثلاث مجموعات:

أ- الأشخاص الذين تم تميزهم رسمياً كمرضي بمرض ميناماتا.

ب- أشخاص ينطبق عليهم هذا التمييز كمصابين بمرض ميناماتا ولكن لم يتم تميزهم بشكل رسمي.

جـ- أشخاص لا ينطبق عليهم هذا التمييز.

وقد استخدمت الحالات المرتبطة بالتمييز في هذا التحليل كأحد العوامل

---

(1) Sugisawa A., "Health conditions among fishermen living in the Minamate disease prevalent area". Nippon Koshu Eisei Zasshi 41(5), 1994: pp. 428-40.

الضابطة(الحاكمة) وخلصت هذه الدراسة إلي النتائج التالية:-

(أ) لوحظ أن هناك علاقة معنوية في تلك المدينتين بين الأعراض الذاتية والمستويات المأخوذة من السمك بعد التحكم في عاملي الجنس والعمر. كما يفترض من الأعراض الذاتية أنها أظهرت أن مستوي الصحة للمرضي الذين تم تمييزهم كان أقل بين الثلاث مجموعات المرتبطة بالتمييز- وكان مستوي الصحة للمرضي الذين لم يتم تمييزهم أقل من الذين لم ينطبق عليهم التمييز.

(ب) اختفي التأثير المعنوي للمستويات المأخوذة من السمك علي الأعراض الذاتية بعد التحكم في الجنس والعمر والحالات المرتبطة بالتمييز وذلك بين الصيادين في مدينة ميناماتا. وظلت العلاقة المعنوية بين الأعراض الذاتية والمستويات المأخوذة من السمك بنفس التحليل وسط الصيادين بمدينة أزومي .

(ج) كان مستوي الصحة العقلية للمرضي الذين لم يتم تمييزهم وكذلك الذين تم تمييزهم أقل نسبياً من الذين لم ينطبق عليهم التمييز. ومن ناحية أخري لم يكن هناك ارتباط واضح بين الصحة العقلية والمستويات المأخوذة من السمك داخل حدود هذه الدراسة.

(٧) الموت في البحر: بعض العوامل المسئولة عن أخطار المهنة علي البحارين البولنديين[١] وصيادي الأسماك في أعماق البحار.

استهدفت هذه الدراسة التعرف علي أسباب وظروف ومعدلات الموت بين البحارة البولنديين وصيادي السمك في أعماق البحر. وقد تكونت المجموعة التي أجريت عليها الدراسة من ١١٣ عامل في شركة عددها ٢٦٠ عامل في مشروعات صيد الأسماك. وقد سجل من هذه الأرقام ١٤٨ حالة موت (١٠٩ بحار، ٣٩ صياد سمك) وذلك خلال الفترة من ١٩٨٥- ١٩٩٤ كان قد تم استجوابهم بالكامل, وكان

(1) Jaremin B. and et., al., "Death at Sea: Certain Factors Responsible for Occupational Hazard in Polish seamen and Deep - Sea Fishermen", Int. J. Occup. Med. Environ. Health. 10(4), 1997: pp.405-16.

المتوسط السنوي لمعدلات الوفيات (١٣٠,٦) والحوادث المميتة (٦٧,٨) محسوباً لكل مائة ألف عامل.

وقد أظهرت الدراسة معدلات أعلي من هذه النسبة بين صيادي الأسماك والسكان الذكور من نفس الفئة العمرية (٢٠ – ٥٩) سنة العاملين في الفروع الاقتصادية الأخري علي الأرض ,مع أنها تعد أقل بالمقارنة ببيانات البحارة وصيادي السمك الإنجليز والأمريكان. كما أظهرت الدراسة أن خطر الموت كان أعلي وخاصة بالنسبة للأشخاص الذين فوق سن الأربعين وعلي عكس النسبة العامة للسكان حيث كانت ترجع نسبة ٥٢٪ من حالات الموت لأسباب خارجية –كوارث البحر بالدرجة الأولي والإصابات والتسمم والمفقودين. وكان من بين الأسباب الذاتية للموت: تعلل أكثر من ٨٠٪ من حالات الموت بسبب أمراض الدورة الدموية منها خمس هذه الحالات بسبب الذبحة الصدرية الحادة والثلث بسبب قصور في القلب الذي تم تشخيصه قبل رحلة السفر في البحر. كما أظهرت الدراسة أيضاً أن الأسباب التالية تمثل صفة مميزة لحدوث الموت أثناء رحلة السفر:

- الموت في عرض البحر لكون الشخص وجيداً في الكابينة بشكل مستمر.
- عدم إمكانية ترحيل الشخص المريض لمؤسسة طبية علي الأرض.
- محدودية الإمكانية للوصول إلي المساعدات الطبية المؤهلة والإنقاذ السريع من الخارج.
- رداءة وسائل إنقاذ الحياة وصعوبة الاتصالات.

كما أشارت الدراسة إلي أن النسبة المئوية الحقيقية لحالات الموت تؤثر تأثيراً عكسياً علي أداء العمل في البحر ,حيث ثبت أن عملية الإبحار والأحوال الجوية تمثلان خطورة وتهددان الحياة وهما المسئولتان عن عواقب الهلاك والموت.

وخلصت الدراسة إلي أن الإجراءات المضادة التي اقترحها الباحثون لتقليل الأخطار الصحية وتهديد الحياة بالنسبة للبحارة وصائدي الأسماك تعد محدودة القيمة نظراً لكل من الأسباب الاقتصادية والتنظيمية. ومازالت مراكب صيد الأسماك تمثل

أكثر مواقع العمل خطورة.

(٨) العمل والتأثيرات الصحية المزمنة بين صيادي السمك في تشيوجيا بايطاليا[١]:

تبحث هذه الدراسة في ما إذا كان هناك ارتباط بين مهنة صيد السمك في أعماق البحار والإصابة بالأمراض المزمنة الشائعة وتقييم هذا الارتباط. واستخدمت في ذلك طريقة البحث بالاستقصاء القطاعي بين مجموعات من المشتغلين في صيد الأسماك ومجموعات أخري من غير المشتغلين. وتم تجميع البيانات العادية من خلال القائمين بالمقابلة كما تم جمع البيانات الطبية بواسطة المتخصصين في الطب السريري وأخصائيي رسم القلب وقياس الضغط الشرياني وأخصائيي قياس اختبارات التنفس وأخصائيو فحص الأنف والأذن والحنجرة وقياس السمع وأخصائيي الرمد. كما استخدمت تحليل الانحدار التدريجي لإيجاد عوامل الخطر بالنسبة للأمراض والتأكد من تقديرات الخطر بالنسبة للمتغيرات المقدّرة.

وقد توصلت الدراسة إلي وجود ارتباط بين ساعات العمل الطويلة التي يقضيها الصياد في البحر وبين استهلاكه المرتفع من تدخينه السجائر وشرب الكحوليات ,كما وجدت أيضاً ارتباطات معنوية بين كل من حوادث العمل والضوضاء المسببة لفقد السمع والالتهابات القرنية الناتجة عن الشمس والعشي الليلي والتهابات الشعبية والتهاب الجيوب الأنفية وأوجاع طبلة الأذن والتغيرات في رسم القلب من ناحية وبين جوانب أخري مختلفة تتعلق بمهنة صيد السمك وهي العمل المتواصل في صيد السمك والصيد في أعالي البحار.

وخلصت الدراسة الي أن مهنة الصيد في أعماق البحار هي مهنة خطرة ومرهقة وأن تخفيض عدد سنوات العمل في البحر والإقلال من التعرض للضوضاء والأحوال الجوية السيئة والشمس وكذا الإقلال من التدخين والمواد الكحولية قد يؤدي

(1) Cosson F. F., and et., al., "Work and Chronic Health Effects among Fishermen in Chioggia Italy", G. Ital. Med. Lav. Erogn. 20(2), 1998: pp. 68-74.

إلي تقليص أمراض القلب والأمراض الجلدية والتنفسية وإصابات العمل.

(٩) مساهمات علم الأنثروبولوجيا الطبية في دراسة مقارنة لثقافة المرض: السوستو والدرن(١).

تستهدف هذه الدراسة عرض طريقة تكيف المجتمعات المختلفة مع بناءاتها الاجتماعية ,وعرض إسهامات الأنثروبولوجيا الطبية في فهم كيفية تصوير الثقافة ذاتها لمظاهر العمليات الفيزيقية واستجابة الأفراد والجماعات لها ,وكذا المبادرات الأنثروبولوجية الطبية التي تؤثر ثقافياً في العمليات والأداء الوظيفي الطبيعي وغير الطبيعي للجسم ,ومقارنة استجابات الثقافات المتنوعة لهذه الوقائع والأحداث المتماثلة.

وقد بينت الدراسة «المعاناة من مرض السوستو» في ضوء افتراض أن الإنسان يتكون من جسد وروح أو الجوهر اللا مادي للذات (immaterial essence)والذي ينفصل عن الجسد ويطوف بحرية حتي يقع أسيراً للقوي فوق الطبيعية. وأن الروح تترك الجسد خلال النوم وخاصة أثناء الأحلام وغالباً ما تنفصل عنه نتيجة لعدم الاستقرار أو حين الشعور بالخوف. كما بينت الدراسة أيضاً معتقدات المجتمعات الأصلية في أمريكا اللاتينية بالنسبة لانفصال الروح عن الجسد ووقوعها في الأسر يكون بسبب إساءة المريض بقصد أو بدون قصد للروح الحارسة في الأرض أو النهر أو البحيرة أو الغابة أو جماعات الحيوانات والطيور والأسماك ,ومن ثم تحتاج عملية استعادة الروح إلي التكفير عن هذه الإساءة. أما بالنسبة لمعتقدات الهنود هناك فهم يرون أن انفصال الروح عن الجسد يحدث بسبب الرعب غير أن الروح لا تقع في الأسر. وتتركز الجهود في كل من هذين المعتقدين لاستعادة الروح في جسدها.

وبالنسبة لدراسة مرض السوستو فقد تم اختيار مجموعة من البالغين الذين

---

(1) Arthur J. Rubel and Carmella c. Moore, "The contribution of Medical Anthropology to a Comparative Study of Culture: Susto and Tuberculosis", Medical Anthropology Quarterly, 15(4), 2001: pp. 440-454.

- يعرف مرض السوستو بمرض الرعب والخوف وهو ينتشر بشكل كبير في كثير من مجتمعات أمريكا اللاتينية التي تختلف فيما بينها لغوياً وثقافياً. نفس المصدر.

يعانون من هذا المرض في ثلاثة مجتمعات ومقارنتهم بمرضي آخرين من كل مجتمع من نفس الجنس والعمر.ولكن لا يعانون من نفس المرض (السوستو) . وقد تبين من الدراسة أن الذين يعانون من مرض السوستو - مع أنهم يمثلون المتغير التابع- لا يختلفون عن مجموعات المقارنة في أي أمراض بيولوجية أخري ,وإنما ظهرت عليهم أعراض وعلامات إكلينيكية متراكمة بدرجة أعلي من التي ظهرت علي المجموعة غير المصابة بمرض السوستو. كما أتضح أيضاً أن هناك ارتباطاً بين مرض السوستو وتزايد الضغوط الاجتماعية في هذه المجتمعات الثلاثة الناتج عن حالة الاضطراب وعدم التوازن بين الدور الذي يقوم به الفرد ومستوي إحساسه بذاته. وقد تم قياس هذه المستويات بمعيار موسع للضغط الاجتماعي لجمع المعلومات عن إنجازات وأحاسيس المشتركين وتوقعاتهم الاجتماعية وتقسيمهم حسب الجنس بصرف النظر عن المجتمع الذي يعيشون فيه.

وبناء علي التعامل مع العلامات الموضوعية والذاتية للمرض واختبار حالات الضعف العقلي وقياس الضغوط الاجتماعية للبحث عن الحالات المصابة بمرض السوستو ,وتمييز نتائجهم عن ذوي المشكلات الصحية والاجتماعية الأخري- فقد أظهرت الدراسة أن مرضي السوستو كانوا أكثر تعرضاً لوسائل الضغط الاجتماعي وظهرت عليهم العلامات الإكلينيكية وأعراض المرض الجسمي بدرجة أكثر وبالتالي ارتفعت بينهم نسبة الوفيات.

أما بالنسبة لدراسة حالات مرض الدرن ,فقد بينت الدراسة أن أعراض هذا المرض ووسائل تشخيصه تختلف عن مرض السوستو فهي واضحة ويمكن اكتشافها بسهولة ولذلك استهدفت الدراسة كيفية تفسير المرض والاستجابة له من خلال السيطرة علي العلامات المتكررة والقابلة للقياس للمرض التنفسي - كمتغير مستقل- لمقارنة الاختلافات الديموجرافية والثقافية لدي جانب من الطبقة العاملة في مدينة Ensenada والتي يأتي إليها العديد من المهاجرين من مختلف أنحاء المكسيك ومدينة Guadalajara باعتبارها تمثل محور التقاء المهاجرين القادمين من والي الولايات

المتـحدة. وتم إجراء المقـابلات مع أفراد العينة وسـؤالهم عن فـهـمـهم لمشكلة المرض وأسبابه والعلاج المطلوب له وأين كانوا يبحثون عنه قبل الذهاب لعيادة الطبيب؟.

وقد خلصت الدراسة إلي أن بعض الباحثين قد أشاروا إلي دور عدم الثقة في المعرفة بالنظام الخلطي (humoral system)وذلك لأن:

أ – هذا النظام قد يكون غير هام.

ب – قد يكون ضعيفاً في مواجهة التفسيرات البيولوجية المتنافسة.

جـ– أن الناس قد ينسون أو يسقطون ببساطة ما كان يعتبر من مقوماته الأساسية من قبل.

د – ان المرضي صغار السن إما يخفقون في تعلم هذه المعرفة التقليدية أو يتصورون سبباً ضعيفاً للاحتفاظ بها.

كما تأكدت وجهة نظر أخري– بمقارنة ردود المفحوصين في مركزين حضريين نساء ورجال بالغين ومرضي أكبر وأصغر سناً من مستويات تعليمية مختلفة – أن:

أ – لا تزال هناك أهمية لهذا النظام الخلطي.

ب – إن هذا النظام ليس ضعيفاً في مواجهة التفسيرات البيولوجية الأخري للمرض.

وقد استمر علماء الأنثروبولوجيا الثقافية مشغوفين بانحراف الجسم البشري عن الحالة السوية المفترضة وبالجهود الثقافية لاستعادة توازن حالة الجسم حينما يتعرض للاختلال الوظيفي.

(١٠) تصنيف المعرفة الطبية الأهلية وفقاً للجنس (النوع) : استعمال الأعشاب الطبية في الرعاية الصحية الأولية في الأمازون[١].

تعالج هذه الدراسة المعرفة الطبية الأهلية (المحلية) بما لها من أهمية وتأثير شديد علي خطط الرعاية الصحية الأولية. وتوضح طبيعة العلاقة بين المعرفة الطبية

(1) Coral Wayland, "Gendering Local Knowleding: Medicinal Plant use and Primary Health Care in the Amazon", Medical Anthropology Quarterly, 15(2), 2001: pp. 171-188.

والسلطة والنوع (الجنس) داخل العائلة ومدي تأثير هذه العلاقة علي استراتيجيات الرعاية الصحية. وتوضح الدراسة أن أدوار النساء كمعالجات غير رسميات في العائلة تعطي مثلاً لتصنيف المعرفة الطبية وفقاً للجنس ,ففي جميع أنحاء العالم تعتبر النساء مثل الأمهات والزوجات والجدات هن المصدر الأول والأساسي للرعاية. ويمثلن دوراً واسعاً من المعرفة العلاجية التي تراكمت لديهن طوال حياتهن لعلاج العديد من الأمراض. إنهن يستخدمن خبرتهن ومعرفتهن في تشخيص المرض ويتعرفن علي مسارات العلاج الملائمة ومعالجة الأمراض بالمواد المتاحة لديهن. حتي حينما يكن معالجات رسميات مثل المطببات الشعبيات والطبيبات والمعالجات بالأعشاب فلا تزال النساء تعالجن معظم الأمراض وسط أفراد العائلة. كما تعد المرأة من أهم مصادر علاج المريض في غياب الرعاية الصحية المجانية أو المنخفضة التكاليف. ومن ثم تصبح خبرة ومعرفة النساء كمعالجات مصدر السلطة والتأثير داخل العائلة. وقد لفت انتباه الباحث أن هناك ارتباطاً بين هذه المعرفة الطبية واستخدام الأعشاب الطبية في المجتمعات ذات الدخل المنخفض في الأمازون بالبرازيل، وبين السلطة والتأثير التي تتمتع بها النساء داخل هذه المجتمعات. حيث تعد المرأة هي مدير الرعاية الصحية في الأسرة ومن ثم تنعكس خطط ومشروعات الرعاية الصحية التي تضعها الدولة سلبياً علي سلطة المرأة ودورها في الأسرة.

وقامت الدراسة باستخراج البيانات الكمية عن استخدام الأعشاب الطبية من خلال استطلاع أجري في مجتمع شبه متحضر في منطقة (بيرو دي لوز) في البرازيل من خلال مسح عينة عشوائية لـ ١٥٣ عائلة خلال الفترة من أغسطس حتي سبتمبر ١٩٩٦ حيث أسفرت المناقشات الأولية مع الرجال والنساء أن النساء هن المسئولات في المقام الأول عن إدارة أحداث المرض وسط أفراد العائلة في الـ ١٥٣ عائلة.

وقد أظهرت نتائج الدراسة أهمية العلاج العشبي في إدارة العائلة للمشكلات الصحية في منطقة البحث حيث جاءت إجابات النساء كما يلي:-

أ- ٤١ ٪ يستخدمن الأعشاب الطبية بشكل دائم.

ب- ٢٨ ٪ يستخدمن الأعشاب الطبية أحياناً

جـ- ١٦ ٪ نادراً ما يستعملن الأعشاب الطبية.

د- ٤ ٪ لم يستعملن العلاج المنزلي مطلقاً.

كما أظهرت إجابات النساء أن أسباب استعمالهن للأعشاب الطبية في العلاج المنزلي هي:-

٣٦ ٪ العلاج المنزلي ليس له تكلفة مالية.

٣٢ ٪ العلاج المنزلي أفضل من المستحضرات الصيدلانية.

١٥ ٪ ليس هناك حاجة لاستشارة الطبيب.

١٣ ٪ العلاج المنزلي أكثر فاعلية من المستحضرات الصيدلانية.

٨ ٪ هناك ثقة أكثر في العلاج المنزلي.

٦ ٪ العلاج المنزلي هو العلاج التقليدي.

٥ ٪ العلاج المنزلي أكثر ملاءمة لأمراض معينة.

٥ ٪ إنهن أكثر دراية بالعلاج المنزلي.

٣ ٪ العلاج المنزلي أكثر فاعلية وأسرع في الشفاء.

٣ ٪ لا توجد آثار جانبية للعلاج المنزلي.

ويلاحظ أن مجموع الإجابات تزيد عن نسبة ١٠٠ ٪ لأن بعض النساء اخترن أكثر من سبب.

وقد خلصت الدراسة إلي أن تضمين المعرفة الطبية لدي النساء في برامج الرعاية الصحية يؤدي إلي نتائج فعالة في تحقيق أغراض هذه البرامج من حيث تحسين الأحوال الصحية للمجتمعات ذات الدخول الضئيلة كما يوفر بديلاً جيداً للرعاية الصحية ذات التكلفة العالية في عيادات الأطباء. كما أن تضمين هذه البرامج إنشاء صيدليات للأعشاب الطبية من شأنه تحسين تداول هذه الأعشاب والتعامل معها ,ويحقق العديد من المنافع للعائلات حيث لها أنواع من النباتات وخدمات علاجية غير متاحة.

كما أن سلبيات هذه الاستراتيجية تظهر في تأثيرها علي دور المرأة باعتبارها المسئولة عن الرعاية الصحية داخل الأسرة.

الفصل الثانى

علم الاجتماع الطبى والأنثروبولوجيا الطبية ودورهما في قضايا الصحة والمرض

- مقدمة
- أولا : المعالم الفكرية لعلم الاجتماع الطبى
- ثانيا: المعالم الفكرية للأنثروبولوجيا الطيبة

مقدمة :

اهتمت الأفراد والمجتمعات منذ زمن بعيد بموضوعات الصحة والمرض من حيث العوامل الاجتماعية التي تؤثر علي الصحة وتؤدي إلي انتشار المرض. كما اهتم الأطباء القدماء بتأثير الثقافة والسلوك الاجتماعي علي الصحة والمرض ومدي تأثر صحة الإنسان بنمط الحياة وبيئته الاجتماعية والطبيعية. وقد كان الناس ينظرون إلي «الصحة »من خلال رؤية مجتمعية ويقيسونها وفقاً لبعديها الفيزيقي والاجتماعي وفي إطار ثلاثة محاور هي[1] :-

المحور الأول :

إن حالة الإحساس بالصحة ينظر إليها إما كظاهرة ذاتية أو موضوعية، وبحيث أن أياً من النظرتين يمتد إلي ما وراء المجال الفيزيقي.

المحور الثاني :

ويتضمن وسائل تحسين الصحة والمحافظة عليها.

المحور الثالث :

ويتناول قيمة الصحة والهدف منها، بمعني أنها كيف تسمح للفرد أن يقوم بأداء وظائفه؟

وكان البعد الفيزيقي للصحة يقاس من حيث «توقع الحياة» ومعدل وفيات الرضع والمقاييس الأخري المرتبطة بذلك. أما البعد الاجتماعي فقد أعطي في قياسه الاهتمام بمفهوم «رأس المال الاجتماعي» وهو المصطلح الذي استخدم للاعتراف بأهمية الشبكات الرسمية وغير الرسمية التي يعتمد عليها الأفراد والأسر والمجتمعات، وكذلك المساواة في الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية للأفراد بحيث ينظر إلي عدم المساواة كعائق نحو بلوغ الصحة الاجتماعية.

وقد بدأ الاهتمام بدراسة العلاقة بين الواقع الاجتماعي والأحوال الصحية والمرضية في المجتمع منذ أواخر القرن التاسع عشر وبداية القرن العشرين، وهو بداية

(1) Derek Yach, Loc.,Cit.

ظهور علم الاجتماع الطبي كفرع حديث من علم الاجتماع. إلي أن تطور نتيجة للمعرفة والإلمام بالمعايير والقيم والمعتقدات والبناء الاجتماعي. مما ساعد علي فهم طبيعة وأسباب المرض وكيفية استجابة الناس له. كما ساعد إدراك العلاقة بين العوامل الاجتماعية للمرض وتفسير ظاهرة الصحة والمرض في المجتمع علي تفسير التنظيم الاجتماعي والوظيفي للمستشفيات والهيئات الصحية ودراسة العلاقات الاجتماعية بها. ومن ثم تبلورت اهتمامات علم الاجتماع الطبي حول عدة موضوعات كان من أهمها تطوير الخدمات الطبية والمساهمة في وضع السياسات الصحية، ودراسة العوامل الاجتماعية كالعادات والتقاليد والمعتقدات التي تسبب إصابة الإنسان بالمرض، واللجوء لطلب المساعدة الطبية والعلاقة بين الطبيب والمريض،ودراسة الأسباب الاجتماعية والأيكولوجية للمرض، وتوزيع الأوبئة ومعدلات الوفيات وكافة مجالات الصحة العامة. بالإضافة إلي دراسة تنظيم الممارسات الطبية واتجاهات التعليم الطبي. هذا فضلاً عن دراسة الطب الشعبي وفنونه وممارساته العلاجية والمطببين الشعبيين ومقارنته بالطب الحديث وبيان مدي التداخل أو التعارض بينهما.

ومثلما كان هناك اهتمام مشترك بين الطب وعلم الاجتماع، كان هناك اهتمام سابق بين الطب وعلم الأنثروبولوجيا الثقافية والاجتماعية أفرز الأنثروبولوجيا الطبية والتي تهتم بجانب كبير من الظواهر البيولوجية وخاصة ما يتعلق بالصحة والمرض وهي تركز علي العلاقة البيئية بين الصحة والبيئة الثقافية- البيولوجية، كما تركز أيضاً علي تعريفات الثقافة الاجتماعية لكل من المرض والعلاج. ولذلك فهي كدراسة بحثية تقع في منطقة التداخل والتشابك بين العلوم الطبيعية والعلوم الإجتماعية وتستمد رؤيتها من كليهما.

وهكذا فإذا كان علم الاجتماع الطبي يبرز اتجاهات وقيم المجتمع نحو العلاج الشعبي والعلاج الرسمي وكيفية استثمار هذه الاتجاهات والقيم في تدعيم الصحة العامة في المجتمع. فإن الأنثروبولوجيا الطبية تساعد علي استكمال ظاهرة الصحة والمرض بالتركيز علي العناصر الثقافية كالعادات والمعتقدات والطقوس الشعبية

والمعالجين الشعبيين ودورهم في قضايا الصحة والمرض.

أولاً : المعالم الفكرية لعلم الاجتماع الطبي

يعد علم الاجتماع الطبي أو علم اجتماع الصحة والمرض مجالاً علمياً حديثاً من مجالات علم الاجتماع، حيث بدأ الاهتمام به منذ سبعينات القرن الماضي. ويكمن تفسير تلك النشأة الحديثة لهذا العلم في أن الاتجاه السائد للنظريات الاجتماعية نجم عن حركة التنوير والحركات السياسية والاجتماعية - في القرن الثامن عشر- القائمة علي مفاهيم التقدم باستخدام التفكير العقلي والمنطقي. وفي حين كانت الموضوعات المعنية بالصحة والجسد وليدة في النظرية الكلاسيكية، كان تراث حركة التنوير يعني إمكانية النظر إلي تصرفات الأفراد كمترادفة للوعي والنشاط العقلي. كما كان الموت مجالاً بالنسبة لعلم اجتماع الصحة والمرض في حالات جديرة بالاعتبار. والأكثر أهمية أن موضوعات الصحة والمرض والجسد لم تكن جزءاً من الطرح الواضح لعلم الاجتماع في مراحله المبكرة إذ كان قائماً آنذاك علي اختلافه عن العلوم الطبيعية ـ في عمل اميل دوركايم Emile Durkheim في أواخر القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين علي سبيل المثال ـ وكما كتب شيللنج Shilling إن هذه الرؤية أثرت تأثيراً شديداً علي علم الاجتماع، وتدل علي أن العلوم الطبيعية والبيولوجية كانت مستبعدة من، وغير هامة للتخصص التقليدي لأبحاث علم الاجتماع، حيث كانت تعتمد هذه الأبحاث علي عوامل اجتماعية بالكامل. والشيء المثير أن هذا المجال الفرعي لعلم الاجتماع (علم اجتماع الصحة والمرض) قد ألقي للتيار متشبساً بجوهر علم الاجتماع ذاته، معرضاً عن الجسد الفيزيقي، ومؤكداً في بعض الأحيان علي مدلول المرض علي حساب الخبرة الجسدية. وهنا تبدو الأوضاع مقلوبة لأن النظرية الاجتماعية تلفت الانتباه دائماً إلي الطبيعة المتضمنة في الخبرة التي تنعكس علي الفرد، وإلي الخطر في المجتمع المعاصر ومن ثم يتعلق علم اجتماع الصحة والمرض بالتجربة الاجتماعية الشاملة(١).

---

(1) Ellen Annandule, Op., Cit., pp.3-4.

غير أنه قد ظهر اعتراف مباشر بالعوامل الاجتماعية للصحة والمرض، وارتباط المرض بالبيئة الاجتماعية من جانب الطب الأمر الذي انعكس في النظرية والتطبيق، حيث ظهر مع بداية الثلاثينات من القرن العشرين -خاصة منذ الحرب العالمية الثانية- علاقات تبادلية بين الطب وعلم الاجتماع، مما يعني أن الطب لم يدرك الأبعاد الاجتماعية سواء علي مستوي النظرية أم التطبيق حتي منتصف القرن التاسع عشر. علي عكس علم الاجتماع الذي أبدي اهتماماً بسيطاً حال ظهوره بالجوانب الاجتماعية المتصلة بالطب، حيث نظر علماء الاجتماع إلي الطب باعتباره ميداناً من ميادين دراستهم للثقافة الإنسانية واستمدوا رؤيتهم العلمية من الأفكار البيولوجية المحتواة في علم الطب. وبينما كان يركز الطب علي الأفراد والأحداث التي تجري داخل الكائن العضوي، كان اهتمام علم الاجتماع ينصب علي ما هو فوق الفرد أو الكائن العضوي، مما يشير إلي أن هناك انقساما إجرائيا بين الطب والعلوم الاجتماعية خلال هذه الفترة[١]. فقد اهتم علم الطب بالعوامل الاجتماعية في تخفيض معدلات المرض وظهر ذلك في شكل ممارسات طبية بدائية وتداويات شعبية كانت تعتمد علي مضمون التضامن الاجتماعي.

ثم ظهرت تلك الاهتمامات مرة ثانية من جانب علماء الطب حينما فتحوا المجال أمام علماء الاجتماع للنظر ثانية في الحقل الطبي كمجال للدراسات الاجتماعية. وهذا ما أدي في الآونة الأخيرة إلي خلق ميادين علمية متضاربة أكثر من كونها متقاربة ثارت بشأنها بعض القضايا حول علاقة علم الاجتماع الطبي بالطب من ناحية، وعلاقة فروع علم الاجتماع الطبي ببعضها البعض من ناحية أخري. وهكذا يعتبر علم الاجتماع الطبي مجالاً مشتركاً بين الطب وعلم الاجتماع ومجالاً للبحث التطبيقي، ومن ثم فهو يسعي إلي تطوير الأفكار السوسيولوجية في داخل السياق الطبي ودراسة القضايا الهامة التطبيقية المتصلة بالصحة والمرض والرعاية الصحية[٢]. ومن هنا تولدت فكرة تقسيم

---

(١) علي عبد الرازق جلبي وآخرون، دراسات في علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية: ص ٦-٩ .

(٢) علي مكاوي، الجوانب الاجتماعية والثقافية للخدمة الصحية -دراسة ميدانية في علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية: ١٩٨٨، ص ص ٤٩-٥٠

علم الاجتماع الطبي إلي قسمين هما [١]:-

(١) علم اجتماع (سوسيولوجيا الطب) Sociology of medicine

وهو يدرس الطب كنمط سلوكي، كما يهتم بدراسة مجموعة من الموضوعات مثل البناء التنظيمي الطبي وعلاقات الدور.

(٢) علم الاجتماع في الطب Sociology in medicine

ويهتم بالبحوث المشتركة بين علم الاجتماع والطب والتعليم الطبي وتكامل المفهومات والأساليب الفنية والمشكلات المتعلقة بالممارسة الطبية.

١- المصادر النظرية لنشأة وتطور علم الاجتماع الطبي:

تشير المصادر الغربية إلي أن ظهور علم الاجتماع الطبي في كل من أوربا والولايات المتحدة كفرع من علم الاجتماع كان في فترة ما بعد الحرب العالمية الثانية، علي الرغم من أن جذوره تمتد إلي ما قبل ذلك. وقد جاء الكثير من دوافعه النظرية من الولايات المتحدة من خلال وضع مفاهيم للمرض مثل الانحراف الاجتماعي، والاهتمام بالنتائج والمترتبات الصحية للتغير الاجتماعي في عصر التصنيع والتحضر السريع. أما في أوربا فترجع جذوره إلي علم الطب الاجتماعي الذي بزغ في بريطانيا في ما بين سنوات الحرب، واهتماماته بالأنماط الاجتماعية للصحة والمرض[٢]. وتختلف الجذور التي اشتق فيها هذا العلم ظهوره ونموه في كل من أوروبا وأمريكا باختلاف الأيدولوجيات السائدة في تلك المجتمعات، وقد كان نموه أسرع وأكثر تطوراً في أوروبا عنه في الولايات المتحدة لأن أوروبا كانت أكثر تقدماً في تلك الفترة، كما كان للسياسات الاقتصادية في هذه المجتمعات تأثيرها الواضح عليه[٣].

---

(1) Robert Straus, "The Nature and Status of Medical Sociology", A.S.R. 22, 1957: p. 204.

(2) Ellen Annandule, Op., Cit., p. 4.

(٣) عاطف شحاتة، مقدمة في علم الاجتماع الطبي، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة: ١٩٩٢، ص ١٢ .

كما تشير المصادر العربية الإسلامية إلي ظهور علم الاجتماع الطبي عند العرب، حيث اهتم بعض كتاب هذه الحقبة التاريخية - (القرن التاسع الميلادي) أمثال الأندلسي بن عبد ربه، وابن قتيبة الدينوري وإخوان الصفا وابن سينا والبغدادي والأزرق إبراهيم بن عبد الرحمن بن أبي بكر- بدراسة الجوانب الصحية والوقائية للحياة الاجتماعية وبينوا أهميتها في حفظ نوع الإنسان وتنظيم حياته اليومية وتعويده علي ممارسة الأنماط السلوكية والأنشطة الاجتماعية اليومية ذات الطابع الصحي والوقائي. وتطرقوا خلال هذه الفترة إلي تناول الموضوعات الرئيسية ذات الصلة الوثيقة بما يسمي الآن «علم الاجتماع الطبي» وتناولوا صورة الطبيب الاجتماعية ونظام العمل الطبي بين الأطباء والمطببين ومجبري العظام والمتخصصين في علاج النساء وغيرهم من المعالجين. كما تضمن التراث العربي الإسلامي أيضاً لمحات تفصيلية حول نظام الصحة الوقائية من حيث نسق التغذية وشروطها وكفايتها وقواعد الاغتسال والنظافة، مما يتبين معه أن جذور علم الاجتماع الطبي تمتد إلي بداية العصر الإسلامي الأول، وأن ازدهاره كان واضحاً منذ القرن التاسع الميلادي، في حين لم يبدأ الاهتمام به في أوروبا وفي الولايات المتحدة إلا في القرن التاسع عشر – أي بعد عشرة قرون– ثم بدأ في النمو والازدهار بعد الحرب العالمية الثانية، حيث تم الأخذ بالأسباب الاجتماعية عند التفسير الفسيولوجي والبيولوجي للمرض(١).

وترتب علي هذه التطورات الثنائية لعلم الاجتماع الطبي في كل من أوروبا والولايات المتحدة أن أصبح هذا العلم مثار اهتمام علماء الاجتماع منذ أوائل السبعينات في القرن الماضي حتي اليوم. كما تبين أن هؤلاء العلماء سيروا علم الاجتماع نحو ذراعي علم الطب، وتبنت أفكارهم- في مراحله الأولي- ما كان مثيراً للجدل من جانب علم الطب، كما توارثوا أحكامه القيمية الخاصة مثل اعتبار أن (عوائق الصحة الجيدة تقع علي التصرف والسلوك غير الملائمين من جانب المرضى مثل عدم الإذعان والانصياع للمعالجة)(٢).

---

(١) علي مكاوي، الجوانب الاجتماعية والثقافية للخدمة الصحية، مرجع سابق، ص ٢٢–٢٥ .

(2) Ellen Annandule, Op., Cit, p. 5.

٢- المدخل الاجتماعي لتفسير الصحة والمرض:

إن عملية إظهار العلم الطبي والممارسات الطبية كخطوة تقدمية للقضاء علي المرض أظهرت في نفس الوقت انحياز المعرفة الطبية، فكان العلم الطبي يعكس ويعبر عن الأفكار السائدة في المجتمع في حينها. وتظهر هذه العملية من خلال انبثاق ثلاثة نظم طبية متميزة، أو الأطر التي يفهم من خلالها الممارسون الطبيون أعراض وعلامات المرض ويضعون خطط العلاج. كما تعد أيضاً هذه النظم بمثابة أنماط التفاعل الاجتماعي الموضوعة داخل علاقة اجتماعية لإظهار المعرفة الطبية. وهذه النظم هي(١):-

(١) نظام موجه بالشخص:

وقد عمل الممارسون الطبيون داخل هذا النظام في الفترات المبكرة المتصفة بـ (الطب العيادى) حيث كانت تؤسس الأحكام وفقاً للخصائص الشخصية لشخص مريض بذاته. ولكي يبقي المريض علي قيد الحياة في مناخ يتسم بالمنافسة، وفي وقت كانت فيه عمليات اختيار الطبيب خاضعة لشريحة قليلة من المرضي الأغنياء ذوي القدرة علي دفع تكاليف العلاج والوصول إلي الكثير من الممارسين الطبيين في تخصصات مختلفة، كان علي الطبيب المنشود أن يكتشف المتطلبات الخصوصية للمريض لكي يقنعه بالابتعاد عن منافسيه الموجودين في كل مكان. كما كانت الصلة الشخصية ضرورية لضمان العمل بالمهنة التي تعتمد علي فهم الطبيب للمريض كحالة نفسية جسدية متكاملة لا تتجزأ فيها الاختلالات الفيزيقية والوجدانية.

(٢) نظام موجه بالهدف:

انبثق هذا النظام مع تطور طب المستشفيات في فرنسا في أوائل القرن التاسع عشر، حيث لم تعد النخب الطبية - مع تطور المستشفي - تعتمد علي المريض الخاص (زبون) وإنما كان تحت تصرفها كم من المرضي الفقراء وانتقلت عملية اختيار الطبيب من المريض - الذي أصبح من المتوقع أن يتحمل وينتظر- إلي

(1) Idem., .

الطبيب العيادى، ونظام جديد من المرض تلاشي في غضونه أي اهتمام بالصفات المميزة للشخص السليم ليحل محلها دراسات عن قصور أو عجز عضوي معين. وقد اندمج هذا النظام مع «طب المعامل» في منتصف القرن التاسع عشر حيث خرج المريض كشخص واع من هذا الإطار ليصبح شيئاً مادياً قابلاً للتحليل، وأصبح المرض عملية فيزيقية - كيميائية يمكن أن تفسر في ضوء القوانين الجامدة غير المرئية للعلم الطبيعي. وبالتالي أصبحت مفاهيم المهنة الطبية واختيار الطبيب مربوطة بتغير العلاقة بين رجال الطب والمرضي. وذلك يوضح أن هذه العملية أصبحت تتم خارج علاقات اجتماعية شخصية.

(٣) نظام الطب الحديث:

وقد ولد هذا النظام في القرن التاسع عشر خلال فترة التغير الإجتماعي المرتبطة بحركة التصنيع وتحول السكان من الريف للمدينة وظهور الرأسمالية. وعلي الرغم من اختلاف المفسرين في تجسيد خصائص الطب الحيوي الحديث، هناك ثلاثة خصائص أساسية له هي[1] :-

أ) تبني ما اصطلح عليه بالمدخل الإنقسامي:

يفترض الطب الحيوي أن الصحة والمرض ظاهرة طبيعية تكمن في جسم الفرد أكثر منها في تفاعل الفرد مع العالم الاجتماعي. ووفقاً لهذه الرؤية فإن الطبيب ينظر إلي العلامات الإكلينيكية التي تعرض عليه علي إنها غير ذاتية ومستقلة عن خبرة المريض بالأعراض (مثل الإحساس بالألم) وقد كان ينظر إلي المريض في القرن الثامن عشر كشخص متكامل واليوم أصبح ينظر إلي الجسد بشكل إجمالي كماكينة معقدة منفصلة عن العقل.

ب) الاعتقاد في أسباب معينة للمرض:

ويفسر هذا المصطلح التحول عن رؤية المرض في نهاية القرن التاسع عشر كعدم توازن بين الشخص والبيئة إلي رؤية جديدة حيث أمكن إحداث المرض بالإرادة

(1) Ibid., p. 6.

بواسطة الافتعال المجرد بإدخال عنصر معين (كائن عضوي سام صغير جداً) في جسم حيوان سليم صحياً وقد امتد هذا الاعتقاد إلي مجالات أخري في الطب مثل أمراض العجز حيث لا يوجد هناك كائن عضوي صغير دخيل وإنما نقص في الفيتامين أو الهرمون الضروري. وقد تعرض هذا الاعتقاد لسلسلة من الانتقادات مثل: أن العوامل المعدية تعد عوامل دائمة وكل الناس معرضون لها غير أن ليس كلهم سوف يحصلون علي العدوي. كما فشل هذا الاعتقاد أيضاً في تفسير تأثيرات التعدد العاملي maltifactorial للبيئة الاجتماعية الواسعة عند التعرض للمرض بسبب عوامل مثل الضغط والنقص الغذائي. كما فشل أيضاً في فهم أن نموذج السبب / النتيجة هذا النموذج البسيط، غير ملائم لوصف عملية التشخيص، إذ أن علامات إكلينيكية معينة مثل ارتفاع ضغط الدم لا تظهر نفسها للمارس الطبي ولكنها تستشف بواسطة التفسيرات الشخصية للأعراض وخبرة كل من الطبيب والمريض، أو بواسطة أقرباء المريض في حالات كثيرة.

ومن هنا يتبين أن مهمة الطبيب ليست مجرد أن يدرك العلامات والأعراض الظاهرة وإنما عليه أن يتباحث في التشخيص بالتفاعل مع المرضي.

جـ) الادعاء بالحياد العلمي:

وذلك بمعني أن الطب يمكن أن يكون عقلانياً وموضوعياً ومجانياً ويعالج كل شخص وفقاً لاحتياجاته بصرف النظر عن قيمته المعنوية. فبينما يهدف الطب إلي أن يكون مستقلاً عن أي تحيزات فقد كشفت عدة دراسات عن أن الممارسة تتم بطريقة انتقائية مثال: تصنيف طاقم الحوادث في إحدي المستشفيات المرضي الذين يعرفون بالحالات غير الحرجة والذين أوقعوا الإصابات بأنفسهم أو الأشخاص ذوي الطباع السيئة وتأثير ذلك في نوعية العلاج المقدم إليهم.

ولتناول خلاصة خصائص الطب الحيوي والانتقادات الموجهة له فأنه من المفيد في هذا الصدد عرض توضيح مختصر للكيفية التي يعتمد بها الطب الحيوي في عمله علي الأفكار الثقافية العامة في المجتمع بعيداً عن كونه موضوعياً أو مجانياً.

فمن خلال مثال عن مرض الإيدز يتبين أن معرفة الطب الحيوي كانت دائماً مقالات عن النظام الاجتماعي وعبارات عن الأعضاء الجسدية ونشر الثقافة الجنسية. مما أدي إلي تعرضه للنقد الشديد بسبب الأسلوب الذي يعكس ويصور به الأفكار السائدة في المجتمع. وعلي اعتبار أنه لا يمكن فهم الطب الحيوي إلا من خلال عباراته الخاصة فيجب عليه أن يدمج القيم الاجتماعية في ممارساته وبالتالي يدرس من منظور اجتماعي. وبالمقابل تعرض أيضاً علم الاجتماع الطبي لنفس الانتقاد بسبب أن بحوثه تتبني منظور الطب الحيوي وأنه يجب أن يتحول إلي النظرية والبحث بعيداً عن الناحية البيولوجية وباتجاه العمليات الاجتماعية. وقد بلور فريدسون Freidson هذا الموقف في مذكرته النقدية مهنة الطب حيث أعلن أن الطب وعلم الاجتماع لهما دعاوي مختلفة، ومن ثم يجب علي علماء الاجتماع الطبي أن لا يهتموا بمهنة الطبيب التي تجرب وتنقي المفاهيم الطبية عن المرض وعلاجه، وإنما يجب عليهم أن يهتموا بالواقع الاجتماعي لحياة الإنسان[1]. وفي هذا الصدد تمثل نظرية «البنائية الوظيفية» Structaral functionalism لبارسونز Barsons، وكذلك تحليله النظري - الذي تخيل دور الطبيب ودور المريض - بناءات معيارية متكاملة ومدخلاً اجتماعياً لموضوعات الصحة والمرض. ويظهر ذلك واضحاً من خلال إصراره علي النظر إلي المرض باعتباره ظاهرة اجتماعية وليس كونه شيئاً فيزيقياً أو خاصية في الأشخاص، وعلي فهم المرض من خلال الدور الوظيفي للمجتمع ككل. والنظر إلي الصحة كسلعة اجتماعية قيمة ومصدر رئيسي لتحقيق الذات.

لقد شكل بارسونز Barsons رؤيته النظرية لعلم الاجتماع التي أصبحت معروفة بالبنائية الوظيفية والتي تنطوي علي ترتيبات اجتماعية يمكن ملاحظتها وتحليلها من حيث مساهمتها في تواصل النظام الاجتماعي والوحدة الاجتماعية الكلية التي تعتبر جزءاً منه، أي من حيث وظائفها الاجتماعية. فبالنسبة للمجتمع هناك مستوي معين من الصحة يمثل ضرورة أساسية ومتطلب وظيفي أساسي لأعضاء هذا المجتمع. كما أن المشكلة الأساسية للصحة والمرض - من وجهة نظره - هي العناية

(1) Ibid., p.7.

بالأفراد وبقدرتهم علي أداء أدوارهم العادية في المجتمع، بمعني أن يشتركوا في الأداء المجتمعي الكلي. أما بالنسبة للنظام الاجتماعي فإن المرض ليس خطرا عرضيا ولكنه جزءٌ لا يتجزأ من التوازن الاجتماعي نفسه، والمشكلة الأساسية كما يراها بارسونز هي مشكلة تحفيز الأفراد لأداء الأدوار، فالمرض قد يتعامل معه كأسلوب وحيد للاستجابة للضغوط الاجتماعية وكوسيلة واحدة لتقليص المسئوليات الاجتماعية(١).

كما يمكن تصور الممارسة الطبية كميكانيزم في النظام الاجتماعي لمقاومة أفراد المجتمع للمرض من خلال تطبيق المعرفة الطبية، غير أن هناك أيضاً عناصر أخري تندرج منه، حيث تتضمن هيكل الممارسة الطبية نمذجة لدور الطبيب ودور المريض. لقد تصور «بارسونز» شخصية المريض كدور اجتماعي يجب أن ينظر إليه كإطار نظري وليس وصفاً تجريبياً حرفياً وذلك من خلال أربع سمات تعريفية، اثنتين منها توصفان بالحقوق واثنتين توصفان بالواجبات. وتتألف الحقوق من إعفاء المريض من أداء الوظائف الاجتماعية العادية ومن مسئولية المرض، أما الواجبات فهي أن يتعهد المريض بالعمل علي أن يصبح سليماً معافي بمعني أن يتنازل عن دور المريض بقدر السرعة وبقدر الإمكان، وأن يبحث عن المساعدة المهنية المتخصصة ويتعاون مع الطبيب أو أي شخص آخر يقدم الرعاية الصحية. وتنعكس هذه الحقوق والواجبات في دور الطبيب والذي يفتقر إلي التعريف الجيد عند «بارسونز». أن هذا الدور يتضمن كسب ثقة المرضي والاقتراب من إحساسهم والالتزام بتطبيق أعلي مستويات الكفاءة في رعايتهم وأن تكون مدفوعة بأفضل اهتمامات المريض وليس بالمكسب الشخصي(٢).

ويمكننا ان نستخلص من ذلك أن دور المريض إنما هو دور طارئ (عارض) قد يوجد فيه أي شخص، وذلك في ظل حالة وقتية. وقد يقول شخص ما أن هذا الدور

(1) Paul Ten Have, "Current Trends in Qualitative Medical Sociology. Some Recent Studiey from The Netheralands", http://www. Pscw. Uva. Nl/emca/ presov. htm. 21/6/2000.

(2) Ellen Annandule, Op., Cit, p. 8.

يتحقق بشكل سلبي بسبب الفشل في أن يظل سليماً معافي. وبالإضافة إلي دور المريض السابق توضيحه يمكن الإشارة إلي دور آخر للمريض كمستلم للرعاية الصحية من الطبيب المهني المدرب علمياً. ولابد من التعريف بدور المريض للمريض المرتقب حيث من المحتمل أن تكون حالة هذا المريض ضعيفة وفي حاجة للمساعدة أو أن يكون عاجزاً نسبياً أو مضطرباً عاطفياً أي في حالة صدمة وحزين وغير متفائل ومن ثم يكون عرضة للاستغلال ومستهدفاً لمجموعة من الممارسات والمعتقدات اللا معقولة. أما موقف الطبيب فيواجه أشكالاً من الطاقة المحدودة والامتناع والتردد خاصة إذا كانت الأخطار العاطفية شديدة وأن الموضوع يتعلق بالجسم. وهنا يحتاج الطبيب إلي الاقتراب من الجسم والدخول في الخصوصيات والمعلومات المخجلة. وخلاصة القول أن بارسونز تصور أن توازن الصحة والمرض والعمل الطبي المنظم حوله بمعني الضبط الاجتماعي المعياري، يعتبر نظاماً مؤسسياً يسمح بالانسحاب المؤقت من المسئوليات الطبيعية لكي يعزز ويقوي إمكانيات الأفراد الفيزيقية والأخلاقية(١).

وقد اشتمل هذا المفهوم علي بعض الجوانب الاستدلالية المتعلقة بالصحة والمرض بشكل جيد، ولكنه أهمل بعض الجوانب الأخري والتي أدت إلي الكثير من الانتقادات التي تعرض لها «بارسونز» بالنسبة لدور المريض وهي(٢):-

(١) أن دور المريض ليس دوراً وقتياً بالضرورة، فمفهوم بارسونز ينطبق ويتفق مع الأمراض الحادة لكنه لا ينطبق علي الحالات المزمنة علي الرغم من أهمية هذه الحالات. كما أن المعاني الأخلاقية والعمليات الإجرائية للمرض المزمن تختلف في جوانب هامة عن الأمراض الحادة، وباعتبارها حالات مرضية فمن ثم لا تعد موضوعاً للنقاش أو التعارض الاجتماعي.

(٢) أن دور المريض ليس دوراً اختيارياً دائماً، فالتبعية التي يتضمنها غالباً ما تكون بالإكراه وقد لا يقدر الناس علي تحمل هذا الدور، وربما يتضمن وصمة وقد

---

(1) Paul Ten Have, Loc., Cit.

(2) Idem.

يفرض علي شخص في حالة ما وقد ينكر علي الآخرين، ولذلك فإن الدخول في دور المريض يعد عملية سياسية واجتماعية.

(٣) إن الدخول في دور المريض ليس مباشراً وصريحاً كما افترضه «بارسونز»، فهناك تغير في قانونيته وشرعيته وفقاً للزمن والجنس والطبقة والثقافة وخطورة المرض.

(٤) تعد قضية مسئولية الشخص عن مرضه أكثر تعقيداً مما يشير إليه «بارسونز» فبينما لا يعد المرض مسئولية المنحرف، فإن بعض الأمراض تحمل وصمة ترتبط بسببها الافتراضي مثل مرض الإيدز، بينما العديد من الحالات الأخري التي أصبحت معالجة مازالت تحمل وصمة ككيان منحرف مثل الاضطراب العقلي وإدمان الخمور.

وقد رد «بارسونز» في منتصف السبعينات علي بعض هذه الانتقادات التي وجهت إليه مستجيباً إلي بعضها ومعلناً موقفه الأصلي من البعض الآخر حيث زعم أن المرض المزمن يمكن أن يعلل بحيث أن ما كان يشير إليه لا يعني بالضرورة الشفاء الكامل وإنما العودة إلي الأداء الوظيفي نسبياً كلما أمكن ذلك. كما أن المرضي ليسوا دائماً سلبيون فغالباً ما يقومون بدور فعال في علاجهم.

٣- تعريف علم الاجتماع الطبي:

يعد علم الاجتماع الطبي فرعاً هاماً من فروع علم الاجتماع ويمثل مجالاً مشتركاً بين الطب وعلم الاجتماع، أي أنه العلم الذي يهتم بدراسة الإنسان من حيث علاقته بالمجتمع وبالصحة والمرض. وهو لا يقتصر علي مجرد الدراسة والفهم النظري بل يمتد إلي مجالات البحث التطبيقي. فإذا كان الطب يهتم بقضايا الصحة والمرض وعلم الاجتماع يدرس البناء الاجتماعي فإن علم الاجتماع الطبي يمثل حلقة الوصل بينهما، أي أنه يدرس قضايا الصحة والمرض في ضوء علاقتهما بالنظم الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والإدارية. وقد تنوعت وتعددت تعريفاته بتنوع اهتمامات ودوافع الباحثين فيه من حيث المشكلات الصحية أو المجال الاجتماعي

الطبي، وبسبب حداثته النسبية كفرع جديد من علم الاجتماع أيضاً. ويمكن الإشارة إلي أهم التعريفات التي وضعت لعلم الاجتماع الطبي فيما يلي:

(١) عرفه «ميكانيك» Machanic بأنه «مجموعة الجهود التي تهدف إلي تطوير الأفكار السوسيولوجية في داخل سياقات الأنساق الطبية، والتي تهدف أيضاً إلي دراسة القضايا التطبيقية الهامة فيما يتعلق بموضوعات المرض ورعاية المريض»[١].

(٢) ويعرفه «سوسر و واتسون» Susser and Watson بأنه «العلم الاجتماعي الذي يهتم بدراسة العوامل الاجتماعية والاقتصادية والبيئية والنفسية التي لها علاقة وتأثير علي صحة الجماعات والمجتمعات، وعلي انتشار الأمراض والأوبئة مع التركيز العملي التطبيقي علي المجال الاجتماعي كتوفير الخدمات الطبية والاجتماعية لنشر الصحة ومقاومة المرض وتوفير الحلول المناسبة للمشكلة الصحية في إطارها الاجتماعي»[٢].

(٣) ويعرفه «علي المكاوي» بأنه «الدراسة السوسيولوجية لقضايا الصحة والمرض، وتناول المستشفي كنسق اجتماعي وثقافي، ودراسة علاقة المريض بالقوي العاملة الطبية وبالمؤسسات العلاجية كما يحددها البناء الاجتماعي والوضع الطبقي»[٣].

وهكذا يتضح أن علم الاجتماع الطبي - كفرع من علم الاجتماع - يركز اهتمامه علي الدافع الاجتماعي وعلاقته بالظروف والأحوال الصحية لأفراد المجتمع، أي أنه يركز علي دراسة الظاهرة الصحية والمرضية في إطارها الاجتماعي ومن ثم تنعكس أفكاره السوسيولوجية علي النسق الطبي وتقدم لأعضائه صورة شاملة عن أهمية العوامل الاجتماعية المرتبطة بالصحة والمرض، وعن سلوك المرض، وعلاقته بالخدمة الصحية المقدمة، ونمط الأسرة ودوره في اتخاذ القرار الطبي، وصورة بناء

---

(1) David Machanic, "Medical sociology", 2ed., The Free press, New York, 1978: p. 516.

(2) Susser and Watson, "Sociology in Medicine," Oxford, London, 1962: pp. 1-4.

(٣) علي مكاوي، الجوانب الاجتماعية والثقافية للخدمة الصحية، مرجع سبق ذكره، ص ٣٢ .

القوة السائدة في المجتمع ودرجة تأثيرها علي أداء الخدمة الصحية.

٤ - خصائص علم الاجتماع الطبي:

هناك مجموعة من الخصائص التي تحدد الملامح الرئيسية لعلم الاجتماع الطبي، وتوجه مساره ومعالجاته وموضوعاته من حيث الدراسة المنهجية للأبعاد الاجتماعية للصحة والمرض والتفسير الاجتماعي لها وأسبابها وآثارها ودراسة وفهم صحة المجتمع وتشخيص أمراضه، ونشر الوعي الصحي وأساليب وبرامج الوقاية من المرض، وتحسين الظروف المعيشية وعلاج المشكلات الاجتماعية المتعلقة بالصحة والمرض. وتتلخص أهم هذه الخصائص في النقاط التالية[١]:-

أ - التركيز علي دراسة العلاقة بين الحالة الصحية والمرضية والواقع الاجتماعي بأبعاده وتأثيراته المتداخلة بين الميدانين الطبي والاجتماعي.

ب - الاهتمام بالمفاهيم الاجتماعية للصحة والمرض من خلال تحليل عناصر الثقافة السائدة في المجتمع في شكل عادات وتقاليد وأعراف وقيم وقوانين وفنون وأساليب المعيشة.

جـ - التأكيد علي دراسة التأثير الاجتماعي الذي يمارسه الأفراد علي بعضهم البعض، والربط بين المفاهيم الاجتماعية للأفراد وبين مواقفهم ومعتقداتهم حول الصحة والمرض والوقاية والعلاج .

د - التأكيد علي أهمية الوظيفة الاجتماعية للمؤسسات الطبية في توعية الأشخاص ومحاربة العادات والتقاليد السيئة التي تؤدي إلي انتشار المرض.

هـ - استخدام المناهج العلمية للبحوث الاجتماعية التي تمكن هذا العلم من الوصول إلي التفسير المنهجي العلمي للظواهر والموضوعات التي يتناولها، وكذلك استخدام المداخل المنهجية العلمية المستمدة من العلوم الطبية مثل مدخل الخبرة الطبية العلاجية، ومدخل دراسة معدلات المرض، ومدخل دراسة معدلات الوفيات.

ثانياً : المعالم الفكرية للأنثروبولوجيا الطبية

ظهرت الأنثروبولوجيا الطبية كأحد أهم المجالات الحيوية للبحوث النظرية

---

(١) الوحيشي بيري، وعبد السلام دويبي، مرجع سبق ذكره، ص ص ١٥ - ١٦ .

والتطبيقية في الدراسات الأنثروبولوجية، حيث اجتذبت العديد من الموضوعات المتعلقة بالحياة والموت كدراسة الصحة والمرض عبر الزمان والمكان وتراوحت من وقائع وإحداث مرض معين إلي بناء الجسم الإنساني وأمراضه إلي مقارنات للنظم الطبية المتنوعة داخل الثقافات إلي الخبرات النفسية والجسمية للمعاناة البشرية.

والأنثروبولوجيا الطبية هي الطريقة أو الأسلوب الذي يفسر به الناس الموجودين في جماعات اجتماعية وثقافية مختلفة أسباب المرض وأنواع المداواة وأنماط العلاج التي يعتقدون فيها، ومن هم المعالجون الذين سيلجأون إليهم. كما تعني أيضاً بدراسة كيف ترتبط هذه المعتقدات والممارسات بالتغيرات البيولوجية في الكائنات البشرية في حالتي الصحة والمرض. والتعرف علي الأنثروبولوجيا الطبية من هذا المنظور يقتضى بالضرورة التعرف علي علم الأنثروبولوجيا نفسه والذي تمثل الأنثروبولوجيا الطبية فرعاً جديداً مقارناً منه. فكلمة أنثروبولوجيا تعني باللغة اليونانية القديمة «دراسة الإنسان» ويطلق عليها «الغاية العلمية من العلوم الإنسانية والغاية الإنسانية من العلوم الطبيعية» وأنّ الهدف منها هو الدراسة الكلية للجنس البشري والتي تشتمل علي نشأته وتطوره وتنظيماته السياسية والاجتماعية وديانته ولغته وفنونه ومهارته وكل ما هو من صنعه(١). ومن ثم فهي تقدم الأسلوب الوحيد لفهم خبرة وتجربة البشر، وذلك لأن كل الكائنات البشرية ـ بصرف النظر عن الثقافة والطبقة والحقبة التاريخية ـ تتعرض للمرض والموت. وفي الوقت نفسه كل الثقافات ـ بصرف النظر عن التعقد التكنولوجي ـ لها نظم طبية تساعد الناس علي مقاومة حتمية المرض، مثلما لها أيضاً نظم دينية تتعامل مع حتمية الموت. وهكذا تحاول الأنثروبولوجيا الطبية فهم أسباب الصحة والمرض في المجتمعات ومدي تأثرهما بالبيئة والعوامل الوراثية والأحوال الاجتماعية ـ الاقتصادية(٢).

---

(1) Cecil Helman, "Culture, Health and Illness - An Introduction for Health Professionals", WRIGHT- PSG, Third Ed., London, 1995: P. 4.

(2) Peter J. Brown, "Understanding and Applying Medical Anthropology", Mayfield Publishing Co. U.S.A., 1998 : PP. 2 - 3.

وقد تزايد الاهتمام بالأنثروبولوجيا الطبية بتزايد الوعي بدور الثقافة في قضايا الصحة. فقد أشار الأنثروبولوجيون الذين درسوا الهدف الاجتماعي - الثقافي لهذا الجانب إلي أن المعتقدات والممارسات المتعلقة بالصحة والمرض في كل المجتمعات تعد ملمحاً رئيسياً لثقافة هذه المجتمعات وغالباً ما ترتبط بمعتقدات تتصل بمصدر وسبب سلسلة كبيرة من الحوادث السيئة التي تشتمل علي المصائب والصراعات الشخصية بين الأفراد، والكوارث الطبيعية، وتلف المحاصيل أو سرقتها أو فقدها والتي يعتبر المرض هو الشكل الوحيد لها. وقد يلقي بمسئولية كل هذه المصائب في بعض المجتمعات علي القوي فوق الطبيعية أو العقاب الإلهي أو علي أحقاد السحرة والمشعوذين. كما تعد القيم والعادات المرتبطة بالمرض جزءاً من ثقافة أوسع ولا يمكن دراستها في الواقع بمعزل عن هذه الثقافة. كما لا يمكن فهم الطريقة التي يتفاعل بها الناس مع المرض أو الموت أو أشكال المصائب الأخري دون أن يفهموا نمط الثقافة التي نشأوا فيها أو الثقافة التي اكتسبوها بمعني أنها عدسة العين التي يدركون ويفسرون العالم بواسطتها(١).

وكما أن هناك مدخلين أساسين يستعملهما علماء الأنثروبولوجيا في دراسة المجتمع والثقافة هما المدخل الإثنوجرافي: الذي يتضمن دراسة المجتمعات ذات الحجم الصغير لفهم طريقة رؤيتهم للعالم وكيف ينظمون حياتهم، بمعني آخر كيف يرون العالم من وجهة نظر أفراد هذا المجتمع؟. وهناك المدخل المقارن: الذي يسعي إلي التركيز علي دراسة الملامح الرئيسية لكل مجتمع ولكل ثقافة ومقارنتها بالثقافات والمجتمعات الأخري لكي تستخلص النتائج عن الطبيعة الكلية للإنسان وتصنيفاته الاجتماعية --فهناك أيضاً مدخلان أساسيان للأنثروبولجيا الطبية هما:

أ - المداخل الثقافية البيولوجية والتي تشتمل علي:-

- التطور البشري والصحة والطب
- الاختلافات البيولوجية في البشر
- الآثار البيولوجية وتاريخ الصحة

(1) Cecil Helman, "Culture, Health and Illness", Loc., Cit.

- البيئات السياسية والثقافية للمرض

ب - المداخل الثقافية والتي تشتمل علي :-

- النظم الطبية العرقية والمعتقدات
- البناء الاجتماعي للمرض والناتج الاجتماعي للصحة
- المعالجون من منظور الثقافات المختلفة
- الثقافة والمرض والصحة العقلية
- الأنثروبولوجيا الطبية النقدية

وعلي الرغم من أن هذا التمييز يعد في حد ذاته تجزئة مصطنعة غير أنه مفيد، لأن مصطلح الثقافة البيولوجية يشير إلي الرؤية الأنثروبولوجية للأساليب التي يتكيف بها الناس مع بيئتهم وكيف يغيرون من هذه البيئة لكي تصبح الأحوال الصحية أفضل أو أسوأ. في حين تؤكد المداخل الثقافية علي دور الأفكار والمعتقدات والقيم في صياغة نظم تصنيف المرض وإعداد البرامج الطبية لعلاج الأمراض. بمعني آخر: تركز المداخل الثقافية البيولوجية علي الصحة في حين تركز المداخل الثقافية علي الجوانب الطبية والطب العرقي(١).

كما تعتمد الأنثروبولوجيا الطبية من الناحية البيولوجية علي تقنيات واكتشافات العلم الطبي ومجالاته الفرعية المتنوعة التي تشمل الميكربيولوجي والكيمياء الحيوية والوراثة والطفليات والباثولوجي والتغذية والوبائيات. كما يمكن في حالات كثيرة ربط التغيرات البيولوجية التي تكتشف من خلال التقنيات بالأعمال الاجتماعية والثقافية في مجتمع ما. مثال: المرض الوراثي ينتقل بواسطة جين متنحي (Recessive gene) قد يحدث بشكل متكرر بدرجة كبيرة في مجتمع معين بسبب أن ثقافة الجماعة تفضل الزواج الداخلي Endogmy بمعني الزواج داخل الأسرة الواحدة فقط أو داخل جماعة قرابية محلية، ولحل هذه المشكلة يحتاج الأمر إلي عدد من وجهات النظر والرؤي التالية:-

---

(1) Peter J. Brown, Loc., Cit .

(١) الطب العيادى: للتعرف علي المظهر العلاجي للمرض.

(٢) الباثولوجي: للتأكد من المرض علي مستوي الخلايا أو علي مستوي الكيمياء الحيوية.

(٣) الوراثة: للتعرف علي/ والتنبؤ بالأسس الوراثية للمرض وارتباطها بالجين المتنحي.

(٤) الوبائيات : لتبيان أعلي حدوث للمرض في مجتمع ما من حيث مساهمة الجينات المتنحية وبعض عادات الزواج.

(٥) أنثروبولجيا اجتماعية وثقافية : لتفسير أنماط الزواج في هذا المجتمع والتعرف علي من يتزوج منهم داخل المجتمع.

وتحاول الأنثروبولوجيا الطبية أن تحل هذا النمط من المشاكل الطبية ليس من خلال الاستفادة من الاكتشافات الأنثروبولجية فقط، ولكن من خلال العلوم البيولوجية أيضاً أي الثقافة الحيوية(١).

١ - السياق الثقافي والاجتماعي للأنثروبولجيا الطبية:

لقد أصبح فهم السياق الثقافي للصحة والمرض أمراً معترفاً بأهميته الحيوية في السنوات الحالية. فعندما تتعرض الخدمات الصحية في كل المجتمعات إلي الفحص والمراجعة المستمرة، يظهر التعقد في العلاقة بين الرعاية الصحية وأنماط الحياة وتوقعات الناس. كما تزداد أهمية الأساليب التي تؤثر من خلالها معتقدات وسلوكيات الناس في أسباب المرض والوقاية منه في العالم الحديث. وبالتالي تحتاج هذه الموضوعات ليس فقط من خلال الدراسة الكمية لأفراد المجتمع وسماتهم ولكن من خلال البحث النوعي لأنماط المعتقدات والسلوكيات المشتركة عن الصحة والمرض في المجتمع. ولذلك عادة ما يتضمن المدخل الأنثروبولوجي تفضيلات كيفية ودراسات إثنوجرافية لثقافة الجماعات البشرية - بمعني اتجاهاتها المشتركة من

---

(1) Cecil Helman, "Culture, Health and Illness", Loc., Cit. p. 5.

المعتقدات والسلوكيات ـ التي يمكن التميز بينهامن شخص لآخر بالطرق التي يفهمون بها الصحة والمرض ويشعرون بالرعاية الصحية ومن هم الذين سيلجأون إليهم للمساعدة.

كما أنه من الضروري أيضاً ـ بالإضافة إلي فهم السياق الثقافي للصحة والمرض في المجتمع ـ دراسة التنظيم الاجتماعي للصحة والمرض في ذلك المجتمع والذي يشمل الأشكال التي يميز بها الناس كمرضي، وكذلك الأساليب والطرائق التي يعرضون بها هذا المرض علي الآخرين (المعالجين). كما يهتم الأنثروبولوجيون بصفة خاصة بسمات ونوعيات هؤلاء المعالجين من حيث اختياراتهم وتدريبهم ومفاهيمهم وقيمهم وتنظيمهم الداخلي، كما يدرسون أيضاً الطريقة التي يتكيف بها هؤلاء المعالجون داخل النظام الاجتماعي ككل من قبيل تدرجهم الاجتماعي وقوتهم السياسية أو الاقتصادية وتقسيم العمل بينهم وبين أفراد المجتمع الآخرين. وقد يقوم المعالجون في الجماعات الإنسانية بأدوار أخري بالإضافة إلي وظائفهم العلاجية كمكملين للمجتمع إذ يدافعون عن قيمه بانتظام، أو كوكلاء للضبط الاجتماعي عندما يساعدون في تصنيف ومعاقبة السلوك المنحرف اجتماعياً. ولذلك فإنه من الأهمية بمكان دراسة الكيفية التي يدرك ويتفاعل بها أفراد مجتمع معين مع المرض ومع أنماط الرعاية الصحية التي يلجأون إليها وذلك لمعرفة الاتجاهات الاجتماعية والثقافية للمجتمع الذي يعيشون فيه[1].

٢ - تاريخ الأنثروبولوجيا الطبية:

يرجع تاريخ الأنثروبولوجيا الطبية كمجال فرعي من الدراسات الأنثروبولوجية إلي خمسينات القرن الماضي وذلك علي الرغم من أن تاريخ العلاقة التبادلية بين الطب والأنثروبولوجيا يرجع إلي نهاية القرن التاسع عشر من خلال الإرهاصات الأولي للعالم الأنثروبولوجي فيرشو Virchow المعروف باهتماماته في مجال الطب الاجتماعي. مع أن رؤيته النظرية المميزة لم تبلغ مكانتها داخل النظرية

(1) Idem .

الأنثروبولوجية - الطبية إلا في بداية السبعينات في القرن الماضي. وقد كانت الأعمال المبكرة جداً - والتي يمكن اعتبارها بحوثاً طبية أنثروبولجية - من تأليف كُتَّابٍ كانوا يركزون في الواقع علي شئ آخر، وحينما تعرضوا لوصف الثقافات التقليدية التي قابلتهم أعطوا بعض الاهتمام لنظم العلاج. وقد جاءت المصادر الأقرب للأنثروبولوجيا الطبية - علي الرغم من أنها اكتشفت كنقطة تقارب بين وجهات النظر المختلفة حول البحوث العلمية والأعمال السياسية - مع نهاية الحرب العالمية الثانية. وهناك ثلاث مجالات نظرية وراء مصادر الأنثروبولوجية الطبية أثرت تأثيراً عميقاً في تطورها هي:

أ - الأنثروبولوجيا البيئية:

والتي تتضمن التفاعل المستمر بين الثقافة والبيئة، وتطور الإطار المفاهيمي الذي يخدم الأنثروبولوجيا الطبية بشكل مباشر.

ب - نظرية التطور والارتقاء:

التي تعد أساساً لكل العلوم البيولوجية والتي تقدم الصورة التطورية والمرحلية الضرورية.

جـ - دراسات عن الصحة العقلية وعن ثقافة الاختلالات العقلية:

والتي أدت إلي صياغة المفاهيم التي نوقشت كثيراً حول الأعراض المرتبطة بالثقافة[1].

٣ - تعريف الأنثروبولوجيا الطبية:

يمكن أن توصف الأنثروبولوجيا الطبية باختصار وبشكل عام بأنها دراسة المعتقدات الثقافية والممارسات الاجتماعية المرتبطة بمصدر وفهم وإدارة الصحة والمرض. وهي لا تتناول الموضوعات المعنية بفهم الأسباب العامية أو الشعبية للمرض

---

(1) Stefania Consigliere, "Medical Anthropology: The Conceptual Frame", htt:// emdb. Lettere. Unige. It/emdb. 1999-2001 Em Db. 4/10/2001.

فقط بل تتضمن أيضاً أكثر النظم الرسمية للرعاية الصحية المنتشرة عالمياً مثل التطبيب الذاتي والمعالجون الشعبيون والشمانية والمولدات أو القابلات وممارسي الطب البديل، وكذلك أصحاب المهن الطبية التي تعتمد علي العلم الغربي. هذا بالإضافة إلي أنها تعني بالموضوعات التي تتعلق بالرؤي الثقافية المختلفة للذات في الصحة والمرض وكذلك المعتقدات المشتركة والصور والممارسات المرتبطة بالتعرف علي الجسم البشري.

وهناك تعريفات عديدة للأنثروبولجيا الطبية تنظر إليها من حيث هي دراسة للصحة والمرض والرعاية الصحية في سياق مفهوم الثقافة الحيوية، ومن حيث تركيزها علي العلاقة الأيكولوجية بين الصحة والبيئة الثقافية الحيوية وعلي تعريفات الثقافة الاجتماعية للمرض والعلاج. وإذا كانت الأنثروبولجية الطبية تدرس الظواهر المتعلقة بالصحة والمرض، فإن هذه الظواهر تتراوح ما بين الدراسات البيولوجية علي المستوي الفردي مثل فحص المؤثرات الثقافية علي الضغط وسوء التغذية، إلي الدراسات علي المستوي الجزئي لخيارات الرعاية الصحية ومعتقدات المرض، إلي البحوث الشاملة حول نظم الرعاية الصحية في محيطها الاقتصادي والسياسي(١).

وفيما يلي أهم التعريفات الموضوعة للأنثروبولجيا الطبية:

(١) يعرفها «فوستر» Foster بأنها «علم الثقافة الحيوية الذي يعني بكل الجوانب البيولوجية والاجتماعية ـ الثقافية في السلوك البشري، والذي يهتم بصفة خاصة بالطرائق والأساليب التي تفاعلت بها هذه الجوانب خلال التاريخ الإنساني للتأثير في الصحة والمرض»(٢).

(٢) كما يمكن أن تعرف كفرع من الدراسات والبحوث الأنثروبولوجيا التي تدرس العوامل التي تسبب وتقي أو تساعد علي المرض والاعتلال، وكذا

---

(1) Noel J. Chrisman and Thomas M. Johnson, "Clinically Applied Anthropology", In: Carolyn F. Sargent and Tohmas M. Johnson (EDS.), Medical Anthropology Contemporary Theory and Method, Westport, Connecticnt. London, 1996: p. 89

(2) Foster G.M. and Anhderson B. G ., "Medical Anthropology" New York: Wiley, 1978 : PP. 2-3.

الاستراتيجيات والممارسات التي كشفت عنها المجتمعات الإنسانية المختلفة للاستجابة للمرض والاعتلال، كما تمثل الإطار المفاهيمى العام للدراسات الطبية للأجناس البشرية (العرقية)[١].

(٣) ويمكن أن تعرف أيضاً بأنها دراسة التقاليد المتنوعة للعلاج والتداوي بما في ذلك المعالجون الطبيون وكذلك منهج وأيديولوجية وفلسفة الأسباب والنتائج. بالإضافة لدراسة التقاليد والموروثات أو السلوكيات الثقافية التي تؤدي إلي أو تنتقص من صحة الفرد والمجتمع. كما يندرج داخل هذا التعريف معرفتنا ورؤيتنا للعادات الغذائية والأعشاب الطبية بالنسبة لأسلافنا القدماء. وتمثل الأنثروبولوجيا الإكلينيكية التطبيق لهذه المعرفة المقارنة[٢].

(٤) وهناك أيضاً الأنثروبولوجيا الطبية النقدية والتي تعرف بالجهود النظرية والتطبيقية لفهم والاستجابة لقضايا ومشكلات الصحة والمرض والعلاج فيما يتعلق بالتفاعل بين الاقتصاد السياسى علي المستوي الكلى والبناء الطبقي والسياسى علي المستوي القومي، والمستوي المؤسسي لنظام الرعاية الصحية والأفعال والمعتقدات العامية والشعبية علي المستوي المجتمعي، وخبرة ومعني وسلوك المرض علي المستوي الفردى، وفسيولوجيا الإنسان والعوامل البيئية. وهذا الجهد الأنثروبولوجى يعد جهداً مميزاً بالمعني الذي يعتبر كلياً وتاريخياً ويتعلق مباشرة بالخصائص الأساسية للحياة الاجتماعية والعلاقات الاجتماعية والمعرفة الاجتماعية وبالنظم المؤسسية الثقافية أيضاً المعنية. بالإضافة إلي أن الأنثروبولوجيا الطبية النقدية تعتبر سياسية بشكل واع في أنها:-

(١) تدرك أن الصحة ذاتها تعتبر موضوعا سياسيا بشكل شديد.

---

(1) Stefania Consigliere, Loc., Cit.

(2) John A. Rush, "Applying Medical Anthropology: Gut Morphology, Cultural Eating Habits, Digestive Failure and Ill Healh", www. Medanth - com 1999-2003. 15/2/2000

(٢) أنها واعية وناقدة للإرث الاستعماري للأنثروبولوجيا واتجاهات الأنثروبولوجيا الطبية التقليدية لتخدم كمساعدة للطب الحيوى .

(٣) توازن بين الاهتمام بالعلم الاجتماعي المتجرد والوعي بنشأة التاريخ الاجتماعي والطبيعة السياسية للمعرفة العلمية.

(٤) تعترف بالأهمية الحيوية للطبقة والعرق والمساواة في الجنس في تحديد توزيع الصحة والمرض وشروط العمل والمعيشة والرعاية الصحية .

(٥) توضح القوة كمتغير أساسى في البرمجة والسياسة والبحوث المتعلقة بالصحة.

(٦) تمنع الانفصال المصطنع للمجتمعات الصغيرة والتجمعات المحلية عن محيطها السياسى والاقتصادى الواسع.

(٧) تؤكد أن رسالتها تحررية : لا تهدف إلي الفهم فقط بل إلي التغير الثقافى للنماذج غير الملائمة والمتحيزة والاستقلالية فى مجال الصحة وما يتبعها .

(٨) تري أن التعهد بالتغير شرط أساسي للانضباط(١).

(1) Merrill Singer, "Beyond the Ivory Tower: Critical Praxis in Medical Anthropology", In: J. Brown, (ED.), Understanding and Applying Medical Anthropology, Mayfield Publishing Co. U.S.A, 1998: PP.225-226.

الفصل الثالث
المؤثرات الاجتماعية - الثقافية على الصحة والمرض

- مقدمة
- المبحث الأول: الثقافة والصحة والمرض
- المبحث الثاني: المعتقدات الثقافية والخصائص الاجتماعية للصحة والمرض

مقدمة :

يعالج هذا الفصل «المؤثرات الاجتماعية – الثقافية علي الصحة والمرض» ووهو ما سأتناوله في مبحثين: الأول بعنوان «الثقافة والصحة والمرض» أتناول فيه مفهوم الثقافة كشبكة مركبة من الأنماط والسلوكيات التي تكتسب بالتعلم وأهمية المعاني الرمزية في تعريف الثقافة ونقلها إلي أشياء فعلية، مستعرضة المداخل الثقافية للمرض سواء من المنظور التاريخي أو من المنظورين العلمي والعامي موضحة وجهتي النظر الطبية والعامية للمرض ثم نتناول بعدها المؤثرات الثقافية علي السلوك المرضي ودراسة بعض الجوانب التقليدية والفولكلورية في ثقافة بعض المجتمعات الإنسانية التي يمكن اعتبارها دراسة شاملة للإنسان ككائن ثقافي. كما سأتناول فى هذا المبحث تلك المعتقدات الثقافية والخصائص الاجتماعية للصحة والمرض حيث تبين العادات والدين والطقوس كجوانب ثقافية مؤثرة في الصحة والمرض وهو ما يلزم فى ظنى بعرض المعتقدات والمعارف الشعبية والمعتقدات الدينية والسحر الديني والسحر الشعبي والطقوس والعادات والتقاليد الشعبية كمؤثرات ثقافية في الصحة والمرض لنوضح بعدها هذه النظرة الاجتماعية – الثقافية للجسد من عدة جوانب: حيث الجسد الفردي من حيث شكله وصورته وتركيبه البنيوي وأدائه لوظائفه، والمفهومين الاجتماعي والسياسي للجسد، ثم الجسد في التقاليد الشعبية – لنتناول فى نهاية هذا الفصل تلك الخصائص الاجتماعية والتقاليد مثل العرقية والطبقة الاجتماعية والجنس والعمر والتفاوت الاجتماعي – الاقتصادي كمتغيرات مؤثرة في الصحة أو المرض.

المبحث الأول

الثقافة والصحة والمرض

مقدمة :

تمثل الثقافة جوانب مشتركة من الأفكار والتصورات والمعتقدات والسلوك التى تشكل حياتنا، كما تتضمن تعريفاتنا عن الصحة والمرض وطريقة الاستجابة للمرض،

والشعور بالألم والتعب. إن الممارسات والمضامين الثقافية المفترضة تعتبر هي السياق الذي نتج فيه الطب كما تم تعليمه وممارسته داخل هذا السياق أيضاً.

فالثقافة بهذا المفهوم بمثابة خشبة المسرح والسيناريو والإضاءة والإخراج في مسرحية المرض والعلاج، ولها مكانتها المؤثرة في هذه القضية ولكن ليس بدرجة نهائية أو حاسمة. وعلي الرغم من تطور الجدال حولها فإن أكثر الأنثروبولوجيين المعاصرين يرون الثقافة نتاجاً جماعياً مشتركاً ومتطوراً وأطراً معيارية قابلة للتشاور وإمكانية تحقيقها لتوجيه وفهم المراد من الحياة اليومية، كما يتفقون علي أن الثقافة تشمل المضامين التالية[١]:

١- تتضمن الثقافة القيم والأحكام والمحظورات والتفضيلات والرموز والمعاني والدلالات واللغة والممارسات التي ترشد إلي الكيفية التي يعيش بها المرء حياته اليومية والكيفية التي يدرك بها الأحداث التي تقع خارج الممارسة اليومية.

٢- الثقافة شيء مشترك بين جماعة من الناس علي الرغم من اختلافاتهم في تفسير المباديء والممارسات.

٣- تبقي وتستمر الثقافة عند مستوي أساسي لها، غير أنها تتغير أيضاً عبر الزمن وخاصة في الأساليب والنماذج التعبيرية مثل الموسيقي والملبس.

٤- تنتج وتتوالد الثقافة كشكل ومحتوي بواسطة هؤلاء الذين يدركون الأحكام والتجربة ويطبقونها في حياتهم اليومية.

وقد تطورت الثقافة خلال نموذج تطور ثقافي عام اجتاز مراحل متعددة من نمط حياة إنسانية بدائية تعتمد علي البحث عن الطعام إلي دول صناعية حديثة، ومن مجتمعات بسيطة إلي مجتمعات مركبة، ومن اقتصاديات الطاقة المنخفضة إلي اقتصاديات الطاقة العالية وهو ما يمثل نموذج التغير التاريخي العام من مرحلة ماقبل التاريخ إلي المرحلة الحالية والذي يتسم بأربع عمليات هي :

---

(1) Sue E. Estroff, "A Cultural Perespective of Experinces of Illness, Disability and Deviance", In: Gail E. Aenderson and et., al., (Editors), The Social Medicine Reader, Duke Uneversity Press, London, 1998: PP. 6-7.

١- زيادة حجم السكان

٢- التوسع التكنولوجي

٣- زيادة التفاوت الاجتماعي

٤- التغيرات البيئية

وقد ارتبطت مراحل التطور الثقافي بالمرض وخاصة الأمراض الوبائية والبيئية، حيث كانت معدلات الأمراض المعدية منخفضة نسبيا في مجتمعات البحث عن الطعام بسبب حجمها السكاني الصغير وقابليتها للحركة ثم زاد انتشارها في المدن قبل الصناعية، وفي العصر الحالي وعلي الرغم من التقدم العلمي والطبي فإن المجتمعات الحديثة والمركبة تتصف بنماذج وبائية جديدة ظهرت مع التطور الثقافي مثل أمراض السمنة وارتفاع ضغط الدم وأمراض القلب بمعني أن التطور الثقافي وما يتضمنه من أنماط حياة ثقافية جديدة كان مصاحبا بمشكلات مرضية جديدة عبر الزمن[١]. ومن ثم فإن نوعية الأمراض التي تظهر في أي جماعة إنسانية وتؤثر في أعضاء هذه الجماعة ليست بمحض الصدفة ولكنها تعبير عن المخاطر والضغوط المحيطة بهم وعن بيئتهم وسلوكياتهم والمناخ الذي عاشوا فيه والتربة التي أمدتهم بالغذاء والحيوانات والنباتات التي شاركتهم موطنهم وعن أنشطتهم اليومية وعاداتهم الغذائية واختيارهم للمسكن والملبس وبنائهم الاجتماعي والفولكلور والأساطير[٢]. وعلي ذلك فالثقافة هي نتاج لعملية تطور امتدت عبر آلاف السنين وترسبت في كل مجتمع بشري متضمنة قدراً عظيماً من الحكمة في معاييرها وأنماطها المتنوعة ولا يمكن لأحد في أي مجتمع أن يهرب من تأثيرها بدءاً من أكثر المجتمعات بساطة حتي أشدها تعقداً وتطوراً [٣].

(1) Peter J. Brown, et., al., " Disease, Ecology and Human Behavior", In: Carolyn F. Sargent and Thomas M. Johnson, (Editors), Medical Anthropology Contemporary Theory and Method, Westport Connecticnt, London, 1996: PP. 193 - 194.

(٢)تيسير حسن جمعة، الأنثروبولوجيا (علم الإنسان)، علم الأمراض القديمة (الباليوباثولوجيا)، مطبوعات كلية الآداب، جامعة الإسكندرية: ١٩٩٦، ص ٢٢٨.

(٣) محمد الجوهري، علم الفولكلور - الأسس النظرية والمنهجية، جـ١ ، دار المعارف، الطبعة الرابعة ، القاهرة : ١٩٨١، ص ص ٧٨-٧٩ .

والثقافة كمصطلح تتضمن الأنماط والقيم والقواعد والأعراف والتقاليد التي تبدع وتنظم لدي جماعة ما، فهي عبارة عن مجموعة من المعارف والاعتقادات والقيم والأخلاق والعادات التي يكتسبها الفرد في المجتمع أو الجماعة التي ينتمي إليها كما أنها الانعكاس للذهني لتعامل الإنسان مع الطبيعة والمادة عبر تاريخه الطويل وتعبير صادق عن أسلوب الحياة في المجتمع[١]. وقد نشأ هذا المصطلح عند الحاجة لوجود مصطلح ملائم لوصف الجوانب المشتركة لبعض أنواع السلوك التي بلغت قدراً كبيراً من التطور والتنوع عند الإنسان، وهو ما يظهر في كل الأنشطة التي يؤديها بدءاً من عادات الطعام إلي الملبس إلي الزينة وكذلك الطرق التي تحكم سلوك الناس تجاه بعضهم البعض[٢].

وثمة علاقة بين المرض والأنماط السلوكية الإنسانية، حيث لا يكتفي علماء الأمراض الوبائية بتصنيف نماذج حدوث المرض خلال الزمان والمكان فقط، بل أنهم أوضحوا أسباب المرض من خلال البحث عن عوامل الخطر التي تبدو مرتبطة بنتيجة المرض، وقد بينوا نوعين رئيسيين من عوامل أخطار المرض: الأول وهو العوامل الذاتية المنشأ كالأمراض الوراثية والثاني وهو العوامل الخارجية الحيوية مثل الكائنات الحية الدقيقة التي تسبب الأمراض المعدية أو الأمراض غير الحيوية الموجودة في البيئة مثل السموم والكيماويات. وقد يزيد البشر من احتمالات حدوث المرض بشكل غير متعمد من خلال تعريض أنفسهم أو الآخرين لعوامل الخطر سواء الذاتية أو الخارجية المنشأ بمعني أن السلوك الإنساني قد يعني أنه عامل خطر للمرض وقد يكون هذا السلوك داخل النشاط الإنساني عنصرا هام في سلسلة الأحداث التي تؤدي إلي حدوث المرض. ويلعب الأنثروبولوجيون دوراً واضحاً وحاسماً في فهم أسباب المرض من خلال تعريف عوامل الخطر ووصف نماذج السلوك الإنساني وربطها بالتوزيع الاجتماعي للمرض وفهم السلوكيات الإنسانية المروجة للمرض في

(١) عبد الله معمر، مرجع سبق ذكره، ص ص ٧٤–٨٥ .

(٢) رالف ل. بيلز وهاري هويجر، مقدمة في الأنثروبولوجيا العامة ، جـ١ ، ترجمة محمد الجوهري والسيد الحسيني ، دار نهضة مصر للطبع والنشر، القاهرة: ص ص ١٣٥ – ١٣ .

السياق الاجتماعي والثقافي[١] .

كما أن ثمة تكيفات ثقافية مع المرض تتضمن توظيف السلوكيات والمعتقدات التي تحد من نسبة انتشار المرض والوفيات بطريقتين رئيسيتين:-

الأولي : هناك سلوكيات ومعتقدات لها وظائف وقائية عن طريق تقليل التعرض للكائنات الحية المسببة للمرض بالنسبة لأجزاء معينة من المجتمع .

الثانية: هناك معتقدات وسلوكيات بشأن العلاج الملائم للمرض يصطلح عليها بصفة عامة بالطب العرقي [٢] .

وقد أكدت الدراسات الاجتماعية والأنثروبولوجية دائماً علي دور الثقافة في فهم قضايا الصحة والمرض حيث لا يمكن فهمها بمعزل عن البناء الاجتماعي والثقافي. فقضايا الصحة والمرض تتعامل مع كائنات بشرية سواء من المرضي أم أقاريهم أم أصدقائهم وهي بيئة بشرية مسئولة إلي حد كبير عن أهمية المغزي الوجداني والرمزي التعبيري للعلاقات الاجتماعية والثقافية. ومن ناحية أخري هناك مجموعة من الأحاسيس تدور حول حرمة الجسد وتستمد مقوماتها أساسا من المجتمع والثقافة السائدة فيه، والثقافة هي التي تجيز لهؤلاء الذين يمتهنون الطب في الاطلاع علي الجسم البشري دون غيرهم[٣]. وفي دراسة لـ Kleinman قدم فيها تعريفا للنموذج الطبي الإثنولوجي وميز بينه وبين النموذج الطبي البيولوجي حيث وضح أن النموذج الأول ينظر إلي الصحة والمرض علي أنهما مفهومان يحملان دلالات لفظية تتحدد بطرق مختلفة لدي المرضي وعائلاتهم والمجتمعات المحلية التي يعيشون فيها والممارسين العلاجيين الذين يتعاملون معهم ، بينما يختزل النموذج البيولوجي مفهومي الصحة والمرض بمعزل عن الشخص وعن السياق الاجتماعي والثقافي. فالنموذج الطبي الإثنولوجي ينظر إلي هذين المفهومين في ضوء معايير الثقافة

---

(1) Peter J. Brown, et., al., OP., Cit., P. 194.

(2) Ibid, PP. 194 - 195 .

(٣) علي المكاري، الأنثروبولوجيا الطبية، دراسات نظرية وبحوث ميدانية، مرجع سبق ذكره، ص ٤٥ .

والتفاعلات الشخصية وفي حدود الإطار الذي يضم أنساق المعاني والمعايير والشرعية، كما يتناولهما في ضوء العوامل السلالية والتنظيمية وأوضاع الدور، وتتركز تحليلاته حول الخبرات المرضية الحقيقية للمرض وتبين كيف يتصرف المريض حيال هذه الخبرات أثناء تفاعله مع العائلة ومع شبكة العلاقات الاجتماعية ومع الممارسين، فالمرض يتخذ شكلا منظما بالنسبة للمريض وأسرته في إطار الثقافة السائدة العامة أو الفرعية (المكانية أو المهنية) علي نحو مواز لشبكات المعاني اليومية وشبكات العلاقات والتفاعلات الشخصية والاجتماعية التي يشارك فيها المريض وأسرته والتي في إطارها تتحدد التسمية التي تطلق علي المرض وأنماط التوتر التي تصيب الأسرة بسبب المرض ونظرة الآخرين للمرض واستجابتهم له، والمعالجين الذين تستند إليهم في مهمة العلاج[١].

كما تتأثر الثقافات الأسرية بعدة عوامل أهمها الوضع الاقتصادي للأسرة وثقافتها الأصلية (الديانة والعرقية) وموطن إقامتها الحالي والموطن الأصلي والخصائص الشخصية والعائلية بالإضافة إلي القوي الاقتصادية والتاريخية والاجتماعية الأكثر انتشاراً. وقد تؤدي العوامل الاقتصادية والاجتماعية مثل الفقر والبطالة والسكن السيء والمنشآت الاجتماعية الهزيلة إلي إضعاف البناء والتماسك الأسري، أو قد تؤدي إلي ترسيخ ثقافة الأسرة حيث قد تشكل بعض الأسر جماعات مترابطة في مواجهة الحرمان والحاجات الاقتصادية. كما يمكن المحافظة علي ثقافة الأسرة حتي في وسط المدنية الحديثة والتشتت الجغرافي لأطرافها حيث تتجدد هذه الثقافات وتتدعم حينما يشترك أفراد الأسرة معاً في بعض المناسبات الهامة مثل الزواج والميلاد وتشييع الأموات أو في المناسبات الدينية والوطنية. والجانب الهام لأي ثقافة أسرية هو استراتيجية العلاج الذاتي المستعملة حينما يمرض الناس حيث يتم التعرف علي المرض أولا وتسميته ثم علاجه بعد ذلك بواسطة الأمهات والجدات وبالتالي فإن أشكال العلاج الذاتي تعد أدواراً حقيقية في ثقافة الأسرة ولها تأثير قوي

---

(١) إبراهيم خليفة، مرجع سبق ذكره، ص ص ١٨ – ٢٠ .

علي صحة الجماعة [١].

ويمكن تضمين الثقافة الأسرية كنظم متغيرة في الرعاية الصحية من خلال توسيع وإثراء ممارسة العلاج العائلي مع الأخذ في الاعتبار السياق الأيكولوجي والاجتماعي الأوسع، فقد نجح العلاج العائلي فى دمج جوانب من العلوم الاجتماعية والسلوكية كما انتقل من نموذج علاجي ثنائي (علاقة بين مريض وطبيب) إلي نظم عائلية لنموذج للرعاية الصحية (علاقة بين أسرة وطبيب ومريض)[٢].

كما أن اهتمام علم الفولكلور المعاصر بدراسة الثقافة التقليدية أو التراث الشعبي المتوارث عبر الأجيال مستبعداً المعارف المكتسبة بالتعلم، إنما يعني بذلك أنه يتسع ليشمل ميادين أو مجالات عديدة لعل من أهمها الثقافة المادية والعادات والتقاليد والمعتقدات والمعارف الشعبية [٣].

وكذلك تعد دراسة الفولكلور للتاريخ الثقافي لمجتمع من المجتمعات بمثابة المدخل الرئيسي والمقدمة الأساسية لفهم الثقافة الحالية والبناء الاجتماعي القائم، فالنظرة التاريخية المقترنة بالنظرة الجغرافية مع البعدين الاجتماعي والنفسي للعناصر المعنية بالدراسة هم الذين يضمنون الفهم العميق والكامل للثقافة والبناء الاجتماعي. غير أن علم الفولكلور لا يقتصر علي الاهتمام بدراسة ثقافة معينة بذاتها فحسب، ولكنه يساهم كذلك في تحليل علاقات التفاعل والتأثير المتبادل بين الثقافات المختلفة (الاحتكاك الثقافي)[٤]. فعلم الفولكلور يتعلق بالعقائد الدينية وعادات الشعوب البدائية كموروثات ثقافية مازالت مؤثرة في الحياة العقلية للإنسان ومازالت قادرة علي أن

---

(1) Cecil G. Heleman, "The Family Culture : A useful Concept for Family Practice", Fam., Med., Vol. 23, N. 5, 1991: PP. 337 - 78.

(2) Robert G. Like, R. Preasead Steiner, " Medical Anthropology and The Family Physician", Family Medicine, Vol. 18 No. 2, March / April 1986: P. 87.

(٣) سعاد عثمان، وآخرون، العادات والتقاليد والمعارف الشعبية، التراث الشعبي – مجموعة مقالات لأساتذة جامعة الإمارات، دبي: ص ٧٧ .

(٤) محمد الجوهري ، علم الفولكلور – الأسس النظرية والمنهجية، ج١ ، مرجع سبق ذكره ، ص ص ٣١ – ٣٦ .

تمنح كثيراً من تاريخها للملاحظة العلمية، ويظهر ذلك من التعريف القديم التي وضعته (Burne)للفولكلور أنه معارف الناس المأثورة سواء بين الأجناس المتخلفة أو بين الطبقات المتخلفة في الأجناس الأكثر تقدماً. إنه ليس اللغة ولا الفنون أو الحرف اليدوية ، لكنه ثمرة الفكر، إنه فكرة الإنسان البدائي أو الإنسان المتبربر عبر عنها في كلمة أو فعل أو عقيدة أو عادة أو قصة أو أغنية أو قول مأثور... بمعني أنه ليس شكل المحراث هو الذي يثير انتباه عالم الفولكلور ولكن الطقوس التي يمارسها الحراث وهو يشق التربة بمحراثه وليس صنع الشبكة أو الشص بل المحظورات التي يراعيها الصياد في البحر وليس عمارة الجسر أو المباني هي التي تثير انتباهه ولكن القرابين التي تصاحب تشييدها والحياة الاجتماعية لأولئك الذين يستخدمونها كما يظهر أيضا في أحدث تعريفاته بأنه المأثورات الروحية الشعبية وبصفة خاصة التراث الشفوي والعلم الذي يدرس هذه المأثورات(١).

كما يمكن النظر إلي الفولكلور كعلم: علي أنه ذلك النوع من المعرفة الإنسانية الذي يقوم بجمع المادة الفولكلورية وتصنيفها ودراستها دراسة علمية ثم تفسير حياة الناس وثقافتهم عبر الأجيال ، بمعني أنه أحد العلوم الاجتماعية التي تقوم بدراسة تاريخ الحضارة وتفسير جوانبها المتعددة. وهو كمادة: كم متراكم من الخبرات التي اكتسبها الإنسان والتجارب التي خاضها عبر القرون فاستقرت في وجدانه علي شكل عادات وتقاليد ومعتقدات أثرت في حياته وما تزال تؤثر فيها فكراً وسلوكاً، ومن ثم فهو يتكون من المعتقدات والعادات والأمثال والألغاز والأساطير والحكايات الشعبية والاحتفالات الدينية وطقوس السحر والشعوذة وما هو إلي ذلك من حياة الناس الأميين وعامة الناس في المجتمعات المتحضرة (٢).

ونحسب أن هذه الشبكية المركبة التي تتداخل فى بنية مفهوم الثقافة تلزمنا بأن نجلو ما يتصل بهذا المفهوم فيما يسهم فى ايضاح المؤثرات الاجتماعية والثقافية علي الصحة والمرض وما يتصل بذلك من مداخل ثقافية لدراسة المرض ومن ثم دراسة

---

(١) فوزي العنتيل ، الفولكلور – ما هو ؟ دراسة فى التراث الشعبى، دار النهضة العربية للنشر، القاهرة : ص ١٠، ١٢، ٣٨ .

(٢) أحمد علي مرسي ، مقدمة في الفولكلور ، عين للدراسات والبحوث الإنسانية ،القاهرة: ١٩٦٥، ص ٥٩ – ٦٠ .

الثقافة وسلوك المرض ودراسة بعض الجوانب التقليدية والفولكلورية في ثقافة بعض المجتمعات الإنسانية التي يمكن اعتبارها دراسة شاملة للإنسان ككائن ثقافي.

أولا: مفهوم الثقافة :

علي الرغم من أن كلمة الثقافة تستخدم في أكثر من مناسبة وتفهم بعدة طرق مختلفة فإن النشأة التاريخية لها تقوم علي أنها تكتسب بالتعلم بواسطة أفراد المجتمع علي مر الأجيال.

وقد قدم علماء الأنثروبولوجيا العديد من التعريفات لتعبير «الثقافة» لعل أكثرها شهرة هو التعريف الذي وضعه (Tylor)في كتابه «الثقافة البدائية» عام ١٨٧١ «كمجال مستقل من البحث إلي جانب المجال السيكولوجي والمجال البيولوجي وكسلوك متعلم ومكتسب بالخبرة علي عكس السلوك الموروث أو المتأصل بالفطرة» [1] وعرفها بأنها «ذلك الكل المركب الذي يشمل المعرفة والمعتقدات والفن والأخلاق والقانون والعرف وكل القدرات والعادات الأخري المكتسبة عن طريق الإنسان بوصفه عضو في مجتمع» [2].

ويتضمن هذا التعريف ستة عناصر هي: المعرفة وهي المعرفة بالأشياء بداية من الأدوات البسيطة إلي التكنولوجيا المعاصرة، والمعتقدات التي تظهر في علاقة الإنسان بالكائنات فوق الطبيعية، والفن سواء في شكله البسيط منذ إنسان ماقبل التاريخ أم في شكله المعقد في المجتمعات المعاصرة، والأخلاق التي تعني بالأفكار المتعلقة بالصواب والخطأ ,والقانون وهو ذلك النسق الذي يتضمن معايير تنظيم السلوك الإنساني، وأخيراً العادات وهي صورة من صور السلوك الاجتماعي. كما تنطوي أيضا علي عدة أفكار أولها أن هذه العناصر الستة تنتقل من جيل إلي جيل بالاكتساب بواسطة عملية التثقيف التي تتضمن جانبين أحدهما شعوري والآخر لا شعوري، كما يعني بعبارة – ذلك الكل المركب – أن السمات الثقافية التي تشتمل عليها أي ثقافة لا توجد منعزلة عن بعضها البعض وإنما هي نسق متكامل وأن خصائصها ليست

(1) Robert G. Like , R. Preasead Steiner, Op., Cit., P. 88.

(2) Cecil Heleman, "Culture, Health and Illness", Op., Cit., P.2.

عشوائية ولكن هناك علاقة متبادلة بين السمات الثقافية والخصائص الثقافية. كذلك ينطوي هذا التعريف أيضا علي فكرة التقدم حيث تأخذ الثقافة شكلاً تطورياً يحدث من خلال عملية تراكم المعرفة(١).

ويشير مصطلح «الثقافة الصحية» إلي جميع الظواهر المرتبطة بالمحافظة علي السلامة الصحية، والتي بواسطتها يقاوم الناس مشكلات المرض بأساليبهم التقليدية الخاصة بهم ومن خلال الشبكات الاجتماعية الخاصة بهم أيضا(٢).

ويؤكد (Keesing) في تعريفه للثقافة علي الجانب التصوري بمعني أن الثقافات تتشكل من: منظومة من الأفكار المشتركة ومنظومة من المفاهيم والأحكام والمبادئ والمعاني والدلالات الرئيسية والتي تعبر عن أسلوب حياة الناس(٣).

كما يؤكد (White) علي أهمية العلاقات السياقية وعملية تطوير المعاني الرمزية كعنصر هام في تعريف الثقافة(٤). ويعتبرها سياقا للرموز والمعاني التى يتدعها الناس ويعيدوا إحيائها لأنفسهم في عملية التفاعل الاجتماعي، وكتوجيه لطريقة شعور وتفكير ووجود الناس في العالم، تفسر من خلالها كل التجارب والأفعال الإنسانية والأحاسيس الوجدانية(٥)، ويعرفها - وفقا لذلك - بالأشياء والأحداث التي تعتمد علي القدرة العقلية للكائنات الإنسانية التي يطلق عليها اصطلاح الرمزية و تشتمل علي الأشياء المادية والأفعال والمعتقدات والاتجاهات. وهو يقصد بمصطلح (الرمزية) أن الناس يستخدمون الرموز مثل الكلمات التي تعبر عن أشياء حدثت في خبراتهم ويستطيع الناس عن طريق هذه الرموز أن ينقلوا المعرفة والمعتقدات إلي

---

(١) محمد حسن غامري، مقدمة فى الأنثروبولوجيا العامة، المركز العربي للنشر والتوزيع، الإسكندرية: ١٩٨٤، ص ٣٧ - ٤٠.

(2) Robert G. like, R. Preasead Steiner, Op., Cit., P. 88.

(3) Cecil Heleman, "Culture, Health and Illness", Op., Cit., P.2.

(4) Robert G. like , R. Preasead Steiner, Loc., Cit.

(5) Janis H. Jenkins, "Culture, Emotion and Psychiatric Disorder", In: Carolyn F. Sargent and Thomas M. Johnson, (Editors), Op., Cit., P. 74.

أشياء فعلية وأن يعطوا معاني خبراتهم من خلال استخدامها[١] .

وقد اعترضا كلوكهون وكروبر (Kluckhohn and Kroeber)علي وجهة نظر علماء السلوكيات بالنسبة لتعريف الثقافة حيث أعلنا في مقالة لهما عام (١٩٦٠) أن الثقافة هي عملية تجريد للسلوك الإنساني المادي وليست السلوك نفسه[٢]، بمعني أن علماء النفس قد لاحظوا السلوك بينما بحث الأنثروبولوجيون تجريدات السلوك. وقاما بفحص ما يزيد علي مائة تعريف من التعريفات التي قدمها الأنثروبولوجيون للثقافة ولم يجدا من بينها تعريفاً مقبولاً وكان وجه القصور في كثير من التعريفات أنها لاتميز بوضوح بين المفهوم والأشياء التي يشير إليها هذا المفهوم، وقد حدد كلوكهون (Kluckhohn)هذا المفهوم في قوله «يقصد بالثقافة جميع المخططات الضمنية والصريحة العقلية واللا عقلية وهي توجد في أي وقت كموجهات لسلوك الناس عند الحاجة» كما بين في هذا السلوك تنوع السلوك البشري في قوله: إن ثقافة أي مجتمع من المجتمعات هي نسق تاريخي المنشأ يضم مخططات الحياة الصريحة والضمنية ويشترك فيه جميع أفراد الجماعة أو أفراد قطاع معين فيها[٣].

وقد أيد ردفيلد (Redfeld)فكرة أن الثقافة هي عملية تجريد للسلوك بقوله إن الثقافة تتضح في الأفعال وفي الأشياء المادية ولكنها لا تتكون من تلك الأفعال والأشياء ذاتها، ودلل علي ذلك بأن دارسي الأنثروبولوجيا يدرسون أنواعاً عديدة من الأفعال الإنسانية ليس لمجرد كونها عناصر سلوكية منعزلة وإنما بسبب ما تلقيه من ضوء علي الأساليب التي يتعلم من خلالها الأفراد كيف يسلكون في المجتمعات التي يعيشون فيها[٤].

وقد ظهرت معارضة للنظرة التطورية للثقافة عند وايت (White)حيث اتجه

---

(١) محمد حسن غامري ، مرجع سبق ذكره ، ص ٤١ .

(2) Ropbert G. like R. Preasead Steiner, Loc., Cit.

(٣) محمد الجوهري، الأنثروبولوجيا – أسس نظرية وتطبيقات عملية، دار المعرفه الجامعية، الإسكندرية: ١٩٩٠، ص ص ٦٣-٦٤ .

(4) Cecil Heleman, "Culture, Health and Illness", Op., Cit., P. 2.

علماء الأنثروبولوجيا نحو الاهتمام بمعرفة حياة وثقافات المجتمعات وذلك من خلال تحليلها كأنساق علي أساس أن كل علاقة أو نظام له وظيفة يمكن فهمها كجزء من كل أكبر هذا الكل هو المجتمع. وقد استند هذا التحليل علي مبدأ الوظيفية عند (Ma-linovaski) ومبدأ البنائية الوظيفية لـ (Radcliffe - Brown)[1] فقد نظر (Ma-linovaski) إلي الثقافة بوصفها وسيلة لإشباع الحاجات السيكولوجيه والبيولوجية الأساسية والثانوية للإنسان، وأبرز في ثنايا تحليله كيفية الإرتباط بين مختلف عناصر الثقافة وإن كان لم يغفل التنوع الفردي في السلوك ، فبينما توجد نظم ثقافية لإشباع الحاجات الأساسية فهناك أيضا ثقافة أخري تشبع الحاجات الثانوية التي تنشأ عنها، فمثلا الحاجة الأولية لراحة الجسد قد تتحول فى إحدي الثقافات إلي انتاج وسائل مطاطة[2]. وهكذا علي حين يري مالينوفيسكى أن الظاهرة الثقافية ميكانيزمات تقابل حاجات الفرد فإن راد كليف براون يركز علي حاجات المجتمع وأن الغرض من العلاقة الاجتماعية إنما هو تحقيق التكامل وثبات البناء الاجتماعي الذي يشكل أساس المجتمع، وأن المجتمع أو النسق الاجتماعي عنده هو الكل الذي يتألف من علاقات اجتماعية متناسقة وأن البناء الاجتماعي هو الذي يلاحظ في كل الحياة اليومية للناس، وهو بذلك يؤكد علي ضرورة النظرة الكلية والشمولية للثقافة من خلال حالة التوازن التي تؤدي فيها كل عناصر المجتمع لوظائفها أداءاً كاملاً دون صراع ومحاولة المجتمع استعادة التوازن في حالة اختلال الأداء الوظيفي للنسق وإن كان قد تجاهل الفرد ومظاهر التنوع الموجودة في السلوك [3].

كما ظهرت فكرة النسبية الثقافية عند روث بنديكت (Ruth Benedict) والتي تقوم علي أن كل الأنماط الثقافية تتساوي في حقيقتها وصدقها وأن فهم الأنساق الثقافية الأخري إنما يكون في علاقة بعضها ببعض وليس في ضوء مضمون ثقافة أخري، فقد حاولت أن تضع حلا لمشكلة تكامل الثقافة من خلال وصفها لثقافة معينة

(١) محمد حسن غامري ، مرجع سبق ذكره ، ص ٤٦ .

(٢) رالف بيلزوهاري هويجر ، مرجع سبق ذكره ، ص ص ١٥٠ - ١٥١ .

(٣) محمد حسن غامري ، مرجع سبق ذكره ، ص ٤٧ .

في ضوء خطة موحدة ومتكاملة في كتابها «أنماط الثقافة»[١]، عندما ترى أنه لا يوجد أى تضارب بين المجتمع والفرد، فثقافة المجتمع تقدم للفرد تلك المادة الخام التى تصوغ حياته، كما أن الثقافة شأنها شأن الفرد تقريبا تمثل نمطا متسقا إلي حد ما من الفكر والسلوك، فتوجد داخل ثقافة بعض الأهداف المميزة التي لا تشترك بالضرورة مع أنماط المجتمعات الأخري ويحاول كل مجتمع في تحقيقه لهذه الأهداف أن يركز تجربته وخبرته الخاصة ويبلورها أكثر وأكثر وبقدر إلحاح هذه الأهداف وبقدر ما تحظي به من أهمية تتحول عناصر السلوك المتنافرة إلي شكل يزداد تلاؤما وانسجاماً باستمرار. ومن ثم فالتكامل الثقافي فى رأي (Benedict)هو مسألة نسبية تختلف في درجاتها من ثقافة لأخري ويمكن أن تقدر بالنسبة لكل ثقافة بمدي خضوع أساليب السلوك فيها لمبدأ أساسي كلي واحد.

ومع أن هناك خلافاً يبدو بين نظرة كل من (Radcliffe-Brown)و(Benedict) من حيث التنوع الثقافي، إلا انه يمكننا أن نلاحظ قدراً من الاتساق بين نظرة كل منهما حيث يشتركان في الفروض الأساسية للتنوع الثقافي ذلك أن بروان يكشف عن توجهه نحو التنوع الثقافي ومفهومه للبنية الاجتماعية بشكل يماثل توجه بنديكت Benedictمن نواحي كثيرة حينما يعبر عن ذلك بقوله: إذا ما التقطت واحدة من أصداف البحر وأنا علي الشاطيء فإنني أتعرف عليها من حيث أن لها بنية خاصة ، وربما أعثر علي أصداف أخري من النوع ذاته له بنية مماثلة ، وهكذا يحق لي القول أن ثمة شكلا لبنية مميزة للنوع ، وبعد أن أفحص عدداً من الأنواع المختلفة يصبح في وسعي أن أتعرف علي صورٍ أو أساس لبنية عامة... وأدرس فاحصاً مجموعة محلية من مجتمع ما وأجد نظاماً للأشخاص لدي عدد من العائلات وأسمي هذا الوضع البنية الاجتماعية لهذه المجموعة بذاتها في تلك اللخطة من الزمن، وثمة مجموعة محلية أخري لها بنية تشبه من نواحي مهمة كثيرة بنية المجموعة الأولي، ومن ثم أستطيع بناء علي الدراسة الفاحصة لعينة مماثلة لجماعات محلية في منطقه

---

(١) رالف بيلز وهاري هويجر ، مرجع سبق ذكره، ص ص ١٥٢ - ١٥٣ .

Ruth Benedict: Patterns of culture, ap. cit.

واحدة أن أصف صورة معينة تميز البنية[١] .

وقداقترح أوبلر (Opler)نظرية في الثقافة تعالج نواحي الخلاف بين رؤيتى التكامل الثقافي والأنماط الثقافية مؤداها أن مضمون ثقافة من الثقافات ينتظم حول عدد من المباديء الكلية الشاملة وليس حول مبدأ واحد سائد ويطلق علي هذه المباديء الأساسية إسم (الموضوعات الأساسية Themes)ويعرف الموضوع الأساسي بأنه : فرض أو قضية أو موقف معلن أو ضمني يتحكم في سلوك الأفراد عادة أو يحفز عليه ، ويقره المجتمع ضمنا أو يشجع عليه صراحة ويتم التعرف علي الموضوع الأساسي من واقع مظاهره الخارجية التي يبدو فيها وهي المظاهر التي يطلق عليها اسم «الأنماط الثقافية» ومن ثم تتحدد الموضوعات الأساسية عن طريق تجريد أساليب السلوك التي تنتشر في مجتمع ما[٢].

كما أشار بعض علماء الأنثروبولوجيا من أمثال ليتش(Leach)إلي أن كل المجتمعات لها في الواقع أكثر من ثقافة واحدة داخل حدودها فأغلب المجتمعات لها شكل معين من التراصف الاجتماعي داخل طبقات أو درجات اجتماعية ، وأن كل طبقة تتسم بخصائص ثقافية مميزة خاصة بها تتضمن استخدامات لغوية وأساليب تعبيرية وطريقة الملبس وأنماط السكن والتغذية ... الخ ، ولكل من الغني والفقير والقوي والضعيف وجهة نظره الثقافية الموروثة. كما أن معظم المجتمعات المركبة الحديثة تضم داخل كل منها أقليات عرقية ودينية وسائحين ودارسين ورجال أعمال أجانب ومهاجرين ولكل منهم ثقافة مميزة خاصة بهم وتخضع أكثر هذه المجتمعات لدرجات معينة من الاحتكاك الثقافي الذي تندمج بناء عليه بعض الخصائص الثقافية في المجتمع الأكبر. كما أن هناك ثقافات فرعية أخري تمثل الثقافات الفرعية للمهنيين المختلفين الموجودين داخل المجتمع مثل الأطباء والمحامين والضباط والذين يمثلون جماعات مستقلة لكل منها مفاهيم وتنظيمات ، ومباديء اجتماعية خاصة بها. وبينما كل ثقافة فرعية تنشأ من الثقافة الأكبر وتشترك في العديد من قيمها ومفاهيمها

(١) مايكل كاريذرس ، لماذا ينفرد الإنسان بالثقافة ، ترجمة شوقي جلال ، عالم المعرفة، الكويت: ١٩٨٨، ص ص ٤٢ – ٤٣ .

(٢) رالف ل بيلز ، هاري هويجر ، مرجع سبق ذكره، ص ١٥٤ .

فإن لها أيضا سمات مميزة وفريدة خاصة بها كما يخضع الدارسون في هذه المهن لشكل من أشكال التثقف ويكتسبون الثقافة ببطيء من مهنهم المختارة وبالتالي يكتسبون وجهة نظر مختلفة عن الحياة من هؤلاء الذين خارج المهنة مثل العلاقة بين الطبيب والمريض في مهنة الطب [١].

ولفهم مدي اختلاف الثقافات الإنسانية وما إذا كانت هذه الاختلافات تلغي بعضها البعض أو تناقض بعضها البعض أو تتعاضد لتشكل مجموعة متناسقة فإن الأمر يستلزم مراجعتها وتصنيفها مع الوضع في الاعتبار أن الثقافات الإنسانية لا تختلف فيما بينها بالطريقة نفسها ولا علي الصعيد نفسه مع عدم إغفال أشكال الحياة الاجتماعية التي توالت عبر الزمن والتي لا يمكن التعرف عليها بالتجربة المباشرة، فالثقافات الإنسانية هي ثقافة مجتمعات متناثرة في المكان بعضها قريب والآخر بعيد غير أنها معاصرة لبعضها.

ثم ماذا تعني الثقافات المختلفة؟ فهي تبدو مختلفة ولكن إذا هي نشأت من جذع واحد مشترك فإنها لا تختلف عن بعضها بنفس النسبة التي يختلف فيها مجتمعان لم تقم بينهما أي علاقة في أي وقت من الأوقات، كما أن مسألة التنوع لا تطرح بالنسبة للثقافات المقصودة في علاقتها المتبادلة فحسب ولكنها موجودة أيضاً في داخل كل مجتمع خلال التجمعات التي يتشكل منها مثل الفئات والطبقات والأوساط المهنية والطائفية ، فتنوع الثقافات الإنسانية يجب ألا يتم إدراكه علي نحو ساكن. فاختلاف الثقافات التي أنجزها الناس بفعل التباعد الجغرافي والخصائص المميزة للبيئة لا تكون صحيحة إلا إذا كانت كل ثقافة وكل مجتمع في عزلة شديدة عن المجتمعات الأخري، والمجتمعات البشرية ليست وحيدة أبداً فعندما تبدو في أقصي درجات الانفصال فإن ذلك يأخذ أيضا شكل الكتل أو المجموعات[٢] . ولذلك لابد من التأكيد علي أن هناك بعض الصلات الوثيقة بين المجتمعات البشرية ، فإلي

(1) Cecil Heleman, "Culture, Health and Illness", Op., Cit., P. 3.

(٢) كلود ليفي شتراوس، العرق والتاريخ، ترجمة سليم حداد، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، جـ١، بيروت، لبنان: ١٩٨٢، ص ٩.

جانب الفوارق الناتجة عن العزلة هناك ثمة فوارق بنفس القدر من الأهمية ناتجة عن التجاور مثل الرغبة في التمايز وتحقيق الذات، فالكثير من العادات الثقافية لم ينشأ نتيجة لحاجة داخلية بقدر ما هو نتيجة إرادة عدم البقاء في فراغ بالنسبة لمجموعة مجاورة ومن ثم فإن تنوع الثقافات الإنسانية هو نتيجة للعلاقات التي تجمع بين المجتمعات أكثر مما هو بفعل انعزال هذه المجتمعات عن بعضها البعض[١].

وعلي ذلك يمكن النظر إلي الثقافة علي أنها عدسة متوارثة (Inherited Lens) يري ويفهم الشخص بواسطتها العالم الذي يوجد فيه ، ويتعلم كيف يعيش داخله ، مثلما يكون النمو داخل كل مجتمع بمثابة شكل من أشكال التثقيف الذي يكتسب الفرد وفقا له عدسة الثقافة في هذا المجتمع[٢]. كما يمكن النظر إليها علي أنها ابتكار إنساني بشري في مواجهة الحياة ومنهج إبداعي للتعامل والتفاعل لكي تمضي الحياة ولا تتوقف ، فكما قال الفيلسوف الهندي (رادها كريشينان) : إذا ما تعالينا عن مظاهر الاختلاف بين المعتقدات والثقافات فسنجدها جميعا واحدة لأن الإنسانية واحدة وإن تنوعت وتعددت ثقافتها[٣]. أو كما قالت (Mead)إذا ما أدركنا أن كل ثقافة إنسانية شأن كل لغة هى كل متكامل... نستطيع إذن أن نري الأفراد أو جماعات البشر إذا ما كان لابد أن يتغيروا... فسوف يكون الشئ الأهم هو أن يتحولوا من نمط كلي متكامل إلي آخر[٤].

وفى ضوء هذا الشبكية المركبة التى تتداخل بثرائها فى مفهوم الثقافة، ها نحن نقترح تعريفا للثقافة نحاول فيه ان نجمع بين المتعدد فى هذه التعريفات فى إطار من التكامل، نرى معه «إن الثقافة هي مجموعة من التوجهات الصريحة والضمنية التي يكتسبها الشخص بوصفه عضوا في مجتمع معين ، والتي تدله علي كيفية رؤيته للعالم وطريقة تصرفه فيه من حيث علاقته بالناس الآخرين والبيئة الطبيعية والقوي

(١) المرجع السابق، ص ١٢ .

(2) Cecil Heleman, 'Culture, Health and Illness", Op., Cit., P. 2.

(٣) مايكل كاريذرس، ترجمة شوقي جلال ، مرجع سبق ذكره، ص ص ١٤ - ١٥ .

(٤) المرجع السابق ، ص ٤٠ .

فوق الطبيعية ، وتمده بالأسلوب الذي ينقل به هذه التوجهات إلي الأجيال الأخري من خلال استخدام الرموز واللغة والفن والطقوس والشعائر.

ثانيا : المداخل الثقافية لدراسة المرض

١- دراسة المرض من منظور تاريخي :

إن النظرة التاريخية للمداخل الثقافية حول مفاهيم الصحة والمرض تبين كيف أن المسببات العامية والمعالجات الشعبية للمرض وما تحتويه من اعتقاد في تلبس الأرواح وسط الشعوب البدائية والاعتقاد في الوساطة الروحية والمزج بين الطقوس والوسائل الطبية في التطبيب والمعالجة والعلاقة بين المرضي والقوي فوق الطبيعية - قد استحوذت علي اهتمام الأنثرولوجوجين منذ البداية الأولي لعلم الأنثروبولوجيا. وقد كانت هذه الأفكار الكلاسيكية المبكرة والمتوارثة من ثقافات عديدة تعتمد علي استحضار أرواح القوي فوق الطبيعية أو أرواح قرناء السوء أو أرواح الجيران تبدو كأفكار غريبة بالنسبة لأسباب المرض وأساليب التشخيص. كما أعجب الناس في ذلك الوقت بروايات توظيف واستخدام العرافين والمتخصصين في السحر المضاد للكشف عن أسباب المرض وذلك قبل أن تتغير معتقداتهم الشخصية عن الصحة والمرض بشكل جذري بسبب الثورات العلمية والصناعية، كما كان البعد السائد في الثقافة الأنثروبولوجية هو البحث في نشأة ومصادر المكونات الثقافية للنظم الطبية ثم اعتبرت الأفكار والسلوكيات المرتبطة بالمرض والعلاج جانبا هاما من هذه الثقافة بعد ذلك، وتضمنت محاولات تجديد عمليات البناء الثقافي دراسة للأدوات والممتلكات الشخصية الأخري التي يستخدمها المعالجون[١].

ومن بين هذه المحاولات كانت محاولة كليمنتس (Clements)لرسم وتحليل توزيع الخصائص الثقافية المتعلقة بالصحة والسيطرة علي المرض[٢]، وانتهي فيها إلي تحديد خمسة أسباب رئيسية للمرض في العالم غير الصناعي وهي :

(1) Arthur J. Rubel and Michael R. Hass, "Ethnomedicine" In: Carolyn F. Sargent and Thomas M. Johnson, (Edirors), Op., Cit., PP. 113 - 114.

(2) Lorna G. Moore et., al., "The Biocultural Basis of Health Expanding Views of Medical Anthropology" WAVELAND PRESS. INC. U.S.A, 1987: PP. 194 - 195.

(١) السحر والشعوذة.

(٢) فقدان الروح.

(٣) انتهاك المحرمات.

(٤) إقحام شيء بسبب المرض.

(٥) إقحام روح داخل المريض.

وخلص إلي أنه من الممكن أن يتصف المجتمع بالمرض الذي ينجم عن سبب يكون متوارثاً فيه بشكل واضح مثل : مجتمع إقحام روح داخل المريض أو مجتمع فقدان الروح. كما حاول أن يستخلص من التوزيع المكاني لهذه الخصائص إلي متي يمكن اعتبار هذه الخصائص جزءاً من ثقافة معينة[١] .

وقد تعرضت محاولة كليمنتس (Clements)للنقد الصريح من قبل الباحثين الذين كانوا أكثر التزاماً بمدخل علماء التشكيل الثقافي الذي قدمته (Ruth Benedict) في عملها «أنماط الثقافة» ، حيث أكدت دراسة (Ackernechr)علي أن مدخل علماء التشكيل الثقافي قد وضع الطب في سياقه الثقافي مبينا الممارسات التي لا تُعدُ من أشكال الطب ولكنها تقوم بدور الطب في حياة القبيلة أو الناس وكذلك الروح التي تتخلل هذه الممارسات والأسلوب الذي يندمج فيه الطب مع الخصائص الأُخري للمجالات المختلفة من الخبرة. وقد كان هذا الانتقاد بمثابة بادرة للتحول الجذري من المدخل التاريخي للبحث عن ظاهرة الصحة إلي الاتجاه التجريبي التاريخي، كما أدي انبثاق مذهب الوظيفية إلي رؤية المجتمع كمجتمع يتشكل من مفاهيم ومكونات مترابطة عن المرض وأسبابه وسمات المعالجين المجودين فيه[٢] .

وحينما أصبح علم الأنثروبولوجيا أكثر تنظيماً وأصبح البحث فيه أكثر حنكة صار الطب العرقى أحد الأبعاد الأساسية للثقافة المدروسة وازداد انتشار منهج دراسة الجماعة وخاصة في المكسيك وجواتيمالا، كما أعطيت أهمية أكبر لتكوين مفاهيم

---

(1) Arthur J. Rubel and Michael R. Hass, Op., Cit., P. 114.

(2) Idem.

المجتمع عن المرض (الأسباب والعلاج) ودور المعالجين فيه والعلاقة بين مفاهيم المرض والعلوم الكونية وتحددت الصلات بين المعتقدات الصحية التي ظهرت غريبة عن المجتمع وبين الممارسات والجوانب الأخري للنظام الثقافى أو الاجتماعي. وقد أدت هذه النتائج إلي اتخاذ موقف نحو الناس الآخرين بشكل أكثر ثقافي لدرجة أن أكثر السلوكيات والمعتقدات الصحية التي كانت تبدو مجلوبة ودخيلة علي المجتمع كانت مقبولة في السياق الثقافي التي وجدت فيه. فعلي سبيل المثال كانت الأسباب التي تنسب المرض والموت إلي السحر والشعوذة بمثابة مصادر أولية لمعرفة التفسيرات الثقافية لكيف ولماذا يزور المرض أو الموت بعض أعضاء الجماعة دون الآخرين، كما تأسست الافتراضات القائمة علي أن الناس يصبحون مرضي حينما يجني عليهم جيرانهم الذين يتحولون في شكل حيوانات ، وأن المرض يزور الشخص الذي يخل بالمعايير الاجتماعية كنتيجة وعقوبة لإخلاله بهذه المعايير(١) .

كما استخدمت فيا روخاس (Villa Rojas) مدخل البنائية الوظيفية بطريقة جيدة في تحليل أسباب المرض وسط مجتمع التزيلتالسيين بجنوب المكسيك، وقد ظهر هذا التحليل في طليعة عدد من الأعمال الهامة التي استنتجت الارتباطات بين المعايير الاجتماعية التي تحكم السلوك وبين الأسباب التي تنسب المرض إلي القوي فوق الطبيعية المكلفة بالمحافظة علي هذه المعايير(٢)، ومن ثم تحدد الثقافة أسباب الأمراض الي يتعرض لها الناس وكيفية ومسار علاجها كما تلعب الدور الحيوي في تحديد حجم الطلب علي الخدمة الصحية المقدمة سواء كانت في شكل طب رسمي أو غير رسمي(٣).

وللثقافة أيضاً أهميتها الحيوية في مجالى الصحة والمرض من خلال تأثيرها في نمط انتشار المرض بين النّاس وطريقة تفسير المرض ومعرفة أسبابه، وبالتالي تظهر اختلافات واضحة عبر الثقافات في التعرف علي المرض وكيفية علاجه.

(1) Ibid, P. 115.

(2) Idem.

(٣) علي المكاوي، الأنثروبولوجيا الطبية - دراسات نظرية وبحوث ميدانية، مرجع سبق ذكره ،ص ص ٤٦ – ٤٧ .

فالمدخل الثقافي يتناول العلاقات بين محتوي الثقافة والأساليب الثقافية للحياة وبين تعريفات الصحة والاستجابة للمرض، كما يلعب السياق الثقافي دوره هو الآخر في تحديد الحالات والظروف المرضية التي يدركها الشخص والأسباب التي تعزي إليها والأشخاص المسئولين عن تقييمها وتعريفها. كما تمارس التعريفات الثقافية تأثيرها علي ناتج تحديد حالات مرضية معينة كأن تلصق الثقافة المصرية مرض البلهارسيا بالفلاح المصري والمرض الجلدي بالرجل البدوي، كما تقرن الأمراض العصبية والنفسية بالرجل الحضري ٠٠٠٠ الخ،كما تحدد هذه التعريفات أيضا أساليب علاج هذه الأمراض والبدائل العلاجية المتعددة لها[1]. ويؤكد هذا الرأي ما عرضه روجرز (Rogers)من أمثلة عن ارتباط تصنيف المرض الذي وصفه كليمنتس (Clements) وسط الجماعات البدائية والأمية وبين طرائق معالجة وتطبيب المرض نفسه، فقد بين أن علاج المرض الذي يعتقد أنه نتيجة لأعمال السحر يتضمن السحر أيضاً أو شيئاً يتصل بالسحر كالقوي التي تبطله، أما المرض الناجم عن انتهاك المحرمات وهو السبب الشائع وسط شعوب الاسكيمو فإن المعالجة بالطريقة (الشامانية) عندهم تتطلب أن يسأل المعالج الروح التي تلبسه ما هي المحرمات التي انتهكت، كما يتطلب توضيح وتفسير هذه المشكلة اعتراف المريض بما انتهكه من محرمات وتصديق المرافقين له علي اعترافه٠ وكذلك تعتمد معالجة المرض الناجم عن إقحام شيء يسبب المرض علي البراعة وخفة اليد وحيل الشعوذة التي يستخدمها (الشامان) المعالج وهو يحاول إقناع المريض والمشاهدين علي حد سواء بأنه قد تمكن من إزالة الشيء المؤذي المسبب للمرض بنجاح. كما تحتاج معالجة المرض الناجم عن إقحام روح داخل المريض إلي تعازيم وتراتيل معينة لطرد الروح وأحياناً جلد المريض بالسوط أو تقديم بعض الأضاحي والقرابين. أما معالجة المرض المعروف بفقدان الروح فهي طريقة معقدة جداً وتستخدم طقوساً معينة يطلق عليها (زورق الروح) لاستعادة الروح الضالة أو التائهة وبالتالي استعادة الصحة والعافية، وتتضمن هذه التعبيرات الطقوسية رحلة المعالجين إلي العالم التحتي التي تعيش فيه أرواح الأموات للبحث عن الروح المفقودة

---

(١) المرجع السابق، ص ٥٣ .

والطواف بين المساكن فى قرية الأموات علي أمل أن يجدوها وبعد استرجاعها يقومون بتغليفها بقطعة من القماش ويزدونها للمريض وحينئذ تكون الروح قد أعيدت إلي مكانها(١).

وأحسب أن هذه البدائل المتعددة المعروضة لعلاج تلك الأمراض والتي تنطوي علي خرافات كثيرة بعيدة عن منطق العقل والدين، قد تعوق الاستفادة الكاملة من الخدمة الصحية في بعض الأحيان ويحدث ذلك عادة في المجتمعات التقليدية، كما قد تتفاعل مع الطب الحيوي والخدمة الصحية المقدمة في سياقه في أحيان أخري وكما يحدث عادة في المجتمعات الأكثر تقدما.

وها نحن نعرض الباحثة بعض النماذج التي تدلل علي هذا الرأى:

النموذج الأول : عدم الاستفادة الكاملة من الخدمات الصحية

أكدت بعض المراجع الطبية القديمة علي وجود مرض صديدي اسمه ماسوريكا مكتوب باللغة السنسكريتية والتي ترجع إلي مايزيد عن ألفي عام، وهو مرادف لمرض الجدري المعروف حالياً وهو ما يؤكد قدم هذا المرض وانتشاره بين شعوب جنوب آسيا. وقد كان مرض الجدري واحداً من أعنف وأقسي الأمراض التي تعرض لها الجنس البشري (كارثة الهند) حيث توطن في معظم أنحائها وظهر بشكل وبائي له قوته في دورات موسمية حيث كان يزداد انتشاراً في وقت الجفاف (شهور الربيع) ثم ينحسر مع بداية فترة الرياح الموسمية. فبالإضافة إلي الظروف المناخية التي تفسر حدوث هذا المرض كان هناك أيضاً العديد من التأثيرات الاجتماعية والثقافية التي تسهم في انتشاره فشهور الربيع في الهند هي شهور الاحتشاد والسفر حيث تكون مواسم الحج إلي المزارات المقدسة والمواسم الدينية الشعبية واحتفالات الزواج أكثر شيوعا في الوقت الجاف من السنة لسهولة السفر وبالتالي تتوفر الحركة والمخالطة الاجتماعية اللازمة لانتقال العدوي بالإضافة إلي تأثير المجاعة علي إضعاف المقاومة البشرية للعدوي. وكان معظم الأوروبيين الموجودين في الهند في

---

(1) Loran G. Morre, et., al., Loc., Cit.

هذا الوقت ينظرون إلي هذا المرض نظرة علمانية من خلال «نظرية الجراثيم» أما الأمر بالنسبة للهنود فكان مختلفاً حيث كان يمثل المرض بالنسبة لهم معني دينياً قوياً وكانوا يعتبرون– من البنجال شرقاً حتي مهاراشترا وجوجارات جنوبا – أن الآلهة «سيتالا» هي المسئولة عن جلب أومنح المرض ، وفي الهند الجنوبية كانت الآلهة «مارياما» تشارك في بعض هذه الخواص كما أن هناك أمراضاً أخري ممثلة في «بانثيون» هيكل الآلهة الهندوسية الشعبية، غير أن الآلهة «ستيالا» كانت ذات فعالية استثنائية نظراً لما تتمتع به من أهمية بارزة حيث يمكنها أن تمنح الوقاية من المرض أو التخفيف من آثاره إذا ماتم تمجيدها من خلال الصلاة وتقديم القرابيين والعادات الأخري أما إذا أغضبت أو أهملت فإن غضبها كان يتخذ شكل الحمي العنيفة التي تجتاح أجساد ضحاياها التي تؤدي إلي التشوه الدائم أو الموت.

وكانت تقام احتفالات سنوية لتكريم الآلهة في شمال وشرق الهند تبعاً لدورة المرض في فصل الربيع ، وكان الإيمان بـ «ستيالا» و «مارياما» جزءاً من الفهم الأوسع للمرض وللقوي الخيرة والشريرة لدي معظم الهندوس وكذلك الكثير من المسلمين الذين شاركوا الهندوس في هذا الجانب من الثقافة الشعبية في حين كانت هذه المعتقدات بالنسبة للأطباء البريطانيين ورجال الإدارة والمبشرين ورجال الدين الموجودين في الهند في ذلك الوقت من قبيل الخرافات ودليلا علي خمول الهنود وجهلهم الذي ظهر في تشبثهم بالإيمان بالعلاج الآلهي بواسطة «ستيالا» ونفورهم الفطري من العلاج غير الآلهي (التطعيم ضد الجدري) الذي يحمله الأوروبيون[1] .

وهناك مثال آخر لتفسير أسباب المرض من خلال الثقافة السائدة في المجتمع، فقد كان اجتياح مرض «الأنفلوانزا» لروديسيا الجنوبية – زيمبابوي حاليا – في سنة ١٩١٨ يمثل نوعاً من التحدي للتفسيرات العلمية للمرض فبعد ظهور وباء الأنفلونزا فى روديسيا الجنوبية اعتمد الإفريقيون علي التفسيرات الشعبية والدينية في التعامل مع هذا المرض حيث لجأ بعضهم إلي العلاج بالأعشاب وتحول الآخرون إلي العرافين

(١) دافيد أرنولد، الطب الإمبريالي والمجتمعات المحلية، ترجمة د. مصطفي فهمي، عالم المعرفة، الكويت: ١٩٩٨، ص٧٣-٨٠ .

للكشف عن السحرة الذين جلبوا المرض أو رسل الإله الأعلي الآتين بعقيدة الكهوف أو إلي أنبياء الأرواح الجديدة التي أعلنت عن وصولها بواسطة هذا الوباء.

وعلي الرغم من شدة جنوح هذه التفسيرات فمن الواضح اقتناع الكثيرين بها ومن المفارقات التى حدثت فى حينها، أنه مع زيادة نسبة الوفيات إلي أعلي معدلاتها اضطر الأوروبيون إلي عزل المرضي الأفريقيين في محجر صحي في «بولاوايو» الأمر الذي أصابهم بالفزع من هذا الاحتجاز وتفادي إرسالهم إليه بكل ما يستطيعون من قوة، وما أن سقط الطبيب المعالج نفسه صريع هذا المرض ومعه حراس المحجر الصحي حتي هرب العديد من المرضي ونشروا المرض لمسافات بعيدة ولم يعد لديهم أي ثقة في (المستشفيات) الموجودة في مجتمعات التعدين هناك ورفضوا أية أدوية لعلاجهم وروجوا فكرة أن زيادة عدد الوفيات هي بسبب الأدوية وأن الأوروبيين هم المسئولون عن إدخال هذا المرض وفضلوا المرض علي الأدوية.

وعلي الرغم من أن هذه الهجمة الوبائية كانت مهلكة فإن مداها كان قصيرا جدا وانتهي فى شهرين مما أدي لاقتناع الكثير من الأفريقيين بأن هذه الهجمة أمكن فهمها والتحكم فيها بوسائل من التراث فقد أعتقد البعض منهم أنهم أنقذوا أنفسهم من هذا المرض باللجوء إلي أدويتهم الخاصة «عشب الأوخاليميلا»، كما فسر الآخرون أسباب المرض بالسحر والشعوذة معتقدين أن هناك وفيات كثيرة سببتها وسائل غير طبيعية في العائلات التي فقدت العديد من أفرادها بينما هناك آخرون يعيشون في القرية ولم يفقدوا إلا القلة أولم يفقدوا أحدا علي الإطلاق وطالبوا بمحاكمة السحرة وطردهم إلي جبل «دميوشاوا». ولم تكن فكرة «العزل الأخلاقي» هذه هي الاستجابة التراثية الميتافيزيقية الوحيدة لهذه الهجمة فقد كانت المناطق الغربية والجنوبية من روديسيا مشهورة بسيادة عقيدة التكهن بالغيب عند الإله الأعلي «مليمو» أو «مواري» الذي يبعث رسله من الهياكل في الكهوف وكان أهل هذه المناطق يفسرون هذه المصائب بسبب إهمال ملاحظات الإله الأعلي وكانت الأوامر تصدر في هذه الأحوال بتقديم الأضاحي والقرابين وإتباع وصايا معينة والامتناع عن خرق المحظورات

«التابو». أما المهاجرون من شمال روديسيا ومن «نياسالاند» و«موزمبيق» فكانوا يشكلون الأغلبية العظمي من عمال المناجم وكان التراث الديني الراسخ لديهم هو الاعتقاد بأن المرض يعزي إلي كائنات فوق طبيعية، والأرواح الغيبية مثل «الجوكو» وكانوا ينتقلون إلي الغابات - مرتدين مناديل ملونة - في حفلات راقصة لاسترضاء هذه الروح الغيبية ومعترفين بخطاياهم ليقينهم بأن من لم يعترف بخطاياه علنا لن يشفي أبدا[١].

وأحسب أنه بإمكاننا أن نستخلص مما سبق أن التفسيرات الشعبية والدينية لأسباب المرض والتجاوب معه تتم من خلال أساليب وممارسات وطقوس ثقافية تمثل الثقافة السائدة في ذلك المجتمع الذي ظهر فيه المرض ومن ثم فهي تفسيرات ثقافية للمرض: أسبابه وعلاجه - وقد تتعارض هذه التفسيرات مع التفسيرات العلمية للمرض كما قد تتناقض مع الوسائل العلاجية للطب الحديث وترفض الانتفاع من الخدمة الصحية التي يوفرها. فالتهرب من التطعيم ضد الجدري في الهند -علي سبيل المثال - كان يمثل عائقا أمام الهنود بسبب ثقافتهم ومعتقداتهم الدينية عن المرض وسبباً في زيادة انتشار هذا المرض. وكذلك الحال بالنسبة للإفريقيين فى روديسيا في التعامل مع هجمة «الأنفولوانزا» ومع ذلك فهناك نموذج آخر يؤكد علي تأثير الثقافة في الاستفادة من الخدمات الصحية في المجتمعات الحديثة نسبياً .

النموذج الثاني: التفاعل مع الطب الحيوي والخدمة الصحية:

ويقوم هذا المدخل علي تداخل وتشابك كل من المجالات الثقافية والمجالات البيولوجية وهذا لا يعني أن الثقافة تحتوي كل شيء، وان لم ينف أن كل جوانب الحياة الاجتماعية والبيولوجية تتأثر بالثقافة، فالحياة سلوك وأفعال ثقافية في كل موضع مثل: النباتات الطبية التي تستخدم في العلاج، وأنواع المحاصيل التي تزرع ، والمنطقة والمناخ اللذان يساعدان علي بلورة وتشكيل المعتقدات والعادات المحلية وبالتبعية تفسر هذه المعتقدات والعادات أو تعطي المدلول الرمزي للطقس أو التطبيب

(١) المرجع السابق، ص ص ٢٤٧ - ٢٥٦ .

أو الطعام ، ثم يحدد الترتيب الاجتماعي بعد ذلك طريقة توزيع الموارد داخل الجماعة (من يحصل عليها وبكم وأين) والتي قد تؤثر بعد ذلك في أنماط المرض. ومن ثم فليس هناك تعارض بين العوامل والقوي البيولوجية والثقافية، فالأولي ثابتة والثانية مرنة ولكن هناك تفاعل بينهما فالمرض يدرك بالحواس ويشعر به الإنسان داخل الجسم من خلال الألم أو عدم الراحة أو فقد أو تغير الأداء الوظيفي للجسم. والمرض والإصابة شيء مجسد مرئي وظاهر وواضح للذات وللآخرين، وطريقة وكيفية الشعور وما يشعر به الإنسان كحالة من الألم وعدم الراحة والاضطرابات تكتسب كلها بالتعلم وتتشكل من خلال المفاهيم الثقافية. فالإنسان يتصور ويتخيل الشكل المثالي للجسم داخل قياسات ومنظومات ثقافية، والدليل علي ذلك أن التقنيات الجديدة التي تتيح للإنسان استبدال الركب والسيقان الصناعية تؤدي إلي مجرد احتمال وليس إمكانية «التزحلق» علي الجليد عند سن السبعين. وكذلك جراحات التجميل التي تخلص الوجه من التجاعيد أو تزيل الشحوم من الجسم وزرع أسنان جديدة كل هذه النماذج تفسر الأسباب والوسائل لتطوير الأفكار بالنسبة لشكل وأداء الجسم الإنساني خلال عمر الإنسان ، هذا التفاعل بين التكنولوجيا الطبية والتوقعات الجسدية يعد دليلاً هاماً علي التداخل المتبادل للثقافة والطب[1].

٢- دراسة المرض من المنظور العلمي والمنظور العامي:

ينظر كل من الطبيب والمريض إلي المرض بطرق مختلفة حتي ولو كانوا يشتركون في خلفية ثقافية واحدة ، حيث تنبني وجهة نظر كل منهم علي افتراضات مختلفة ويستعملون نظاماً مختلفاً لإثبات وتقييم فعالية المعالجات بطرق مختلفة. وكل من وجهتي النظر لها قوتها ولها أيضا مواطن ضعفها، والمشكلة هي كيفية التفاعل بين كل من الطبيب والمريض وتبادل المعلومات بينهما أثناء المعالجة الأكلينيكية (السريرية) ومن هنا وجد علماء الاجتماع ضرورة التمييز بين المرض بمعني (Dis-ease) كعملية باثولوجية وكحالة بيولوجية وبين المرض بمعني (Illness) كخبرة أو

(1) Sue E. Estroff, Op., Cit., P. 9.

تجربة تتأثر شخصياً واجتماعياً وثقافياً بإصابة الجسم بالمرض وباثولوجيا المرض، والتمييز بين هذه المفاهيم يلفت الانتباه إلي الخبرة الشخصية بالمرض وعلم أسباب المرض ووظائف الأعضاء كعمليات منطقية ومترابطة ، كما يؤدي إلي ترسيخ الرأي بعدم ضرورة انفصال البيولوجي عن الثقافة والجسد عن الشخص(١) .

أ- وجهة النظر الطبية للمرض (Disease) :

يشكل هؤلاء الذين يمارسون الطب العلمي الحديث جماعة مستقلة وفقا لقيمهم الشخصية ونظرياتهم عن المرض وأحكامهم السلوكية وتنظيمهم فى سلسلة هرمية من الوظائف المتخصصة. كما يمكن أن ينظر إلي المهنة الطبية كثقافة فرعية علاجية وفقا لرؤيتها الخاصة للعالم. ويجتاز الطبيب خلال عملية التعليم الطبي مرحلة تثقيفية يكتسب تدريجيا بواسطتها وجهة النظر بالنسبة للمرض والتي تستمر طوال حياته المهنية ، كما يكتسب أيضا مكانة اجتماعية عالية وقدرة علي تحقيق الدخل المرتفع وكذلك الوضع القانوني والاجتماعي لدور المعالج والذي يتضمن حقوق والتزامات محددة. وتتصف الافتراضات الأساسية لوجهة النظر الطبية للمرض بالآتي :

(١) العقلانية العلمية.

(٢) التأكيد علي المقاييس العددية والموضوعية.

(٣) التأكيد علي البيانات الفيزيائية – الكيميائية.

(٤) ثنائية العقل والجسم.

(٥) النظر إلي المرض ككينونة (حدوث المرض).

فالطب يشبه العلم الغربي بشكل عام ويعتمد علي العقلانية العلمية بمعني أن كل فروضه وقضاياه يجب أن تكون قابلة للاختيار والإثبات تحت الشروط الموضوعية والتجريبية. فالظواهر المرتبطة بالصحة والمرض تصبح ظواهر واقعية حينما يتم ملاحظتها وقياسها بموضوعية تحت هذه الظروف فقط، فإلي أن يتم ملاحظتها

---

(1) Idem.

وقياسها تصبح حقائق علاجية (إكلينيكية) وبعدئذ يجب أن يكتشف السبب والنتيجة. فكل الحقائق لها سبب وأن مهمة الطب العلاجي (الإكلينيكي) هي الكشف عن السلسلة المنطقية للتأثيرات السببية التي مهدت إلي هذه الحقيقة. مثال ذلك، أن نقص الحديد ينشأ عن فقر الدم الذي قد يكون نتيجة لاستئصال ورم سرطاني في المعدة الذي ربما يكون ناشئا عن مسببات سرطانية معينة في الغذاء، وحيثما لا يمكن عزل تأثير سببي محدد فإن الحقيقة العلاجية تصنف علي أنها شخصية بمعني أنه تم التوصل إلي السبب وأن المسبب اكتشف أيضاً. وحيثما لا يمكن ملاحظة أو قياس الظاهرة بشكل موضوعي، مثال: معتقدات الشخص بالنسبة لما يسبب مرضه، تعد أقل واقعية من الاستدلال بلون لسانه أو عدد خلايا دمه البيضاء وذلك لأن لون اللسان وعدد خلايا الدم البيضاء يمكن أن تقاس ويتفق عليها من خلال عدة ملاحظات وأنها شكل من أشكال الحقائق العلاجية التي يعتمد عليها التشخيص والعلاج[1].

إن نموذج الطب الحديث موجه بالدرجة الأولي نحو استنتاج وقياس المعلومات الكيميائية- والفيزيائية عن المريض بدلا من العوامل الوجدانية والاجتماعية الأقل قابلية للقياس وكما يطرح كلينمان (Kleinman)أن رؤية الطبيب الغربي للواقع العلاجي تفترض أن الموضوعات البيولوجية تعدُ شيئاً أساسياً وواقعياً وذات أهمية إكلينيكية بدرجة أكثر من الموضوعات السيكولوجية والثقافية والاجتماعية[2]، وهذا يعني أن الطبيب يقوم أولاً وقبل كل شيء بمحاولة ربط أعراض المرض بالعملية الفيزيقية التابعة لها، مثال : لو أن المريض يعاني نوعا معينا من الألم في الصدر فإن مدخل الطبيب سيتضمن عدداً من الفحوصات والاختبارات للتعرف علي السبب الفيزيقي للألم مثل مرض شرايين القلب، وإذا لم يكن هناك سبب فيزيقي فإن هذا العرض قد يصنف كعرض نفسي المنشأ (Psychogenic)أو كعرض نفسي ناتج عن عرض نفسجسمى (Psychosomatic)ولذلك فإن الأعراض الشخصية تصبح أكثر واقعية حينما تفسر بتغيرات فيزيقية موضوعية. وكما يطرح (Good and Good)أن

---

(1) Cecil Heleman, "Culture, Health and Illness", Op., Cit., P. 66.

(2) Idem.

الأعراض تكتسب دلالاتها فيما يتعلق بالحالات الفسيولوجية (الوظائفية) حيث تفسر كمرجع سببي لأعراض - أضرار جسمية أو اختلالات وظيفية - تسبب عدم الراحة وتغيرات سلوكية تظهر في شكل شكاوي المريض[١].

ويري فينستين (Feinstein)أن هناك تغيراً في طريقة جمع المعلومات عن المرض الكامن بواسطة الأطباء حيث كانت الطريقة التقليدية بواسطة الاستماع لأعراض المريض، وكيف تطورت هذه الأعراض (التاريخ الطبي للمريض)، ثم البحث بعد ذلك عن العلامات الفيزيقية الموضوعية (الفحص الطبي). ثم انتهي الطب الحديث إلي الاعتماد بشكل متزايد علي التقنيات التشخيصية في جمع وقياس الحقائق الطبية العلاجية. وقد اقتضي ذلك التحول من المسألة «الشخصية» بمعني الأعراض الشخصية للمريض وتفسير الطبيب الشخصي للعلامات الفيزيقية - إلي الأشكال الموضوعية النظرية للتشخيص. كما أصبح فى الإمكان التعرف علي العمليات الفسيولوجية بشكل قاطع بواسطة اختبارات الدم وأشعة إكس والأشعة المقطعية وفحوصات أخري تجري في عيادات أو مختبرات متخصصة. وقد نتج عن ذلك تزايد استخدام التعريفات الرقمية للصحة والمرض، فحالة الصحة أو الحالة السوية أصبحت تعرف بالاستناد إلي عوامل متغيرة فيزيقية وكيميائية حيوية مثل الوزن والطول والمحيط وعد الدم ومستوي الهيموجلوبين في الدم ومستوي الذوائب الكهربائية أو الهرمونات وضغط الدم وحالة القلب والحالة النفسية وحجم القلب وحدة الإبصار، وقياس كل من هذه العوامل، وإن كان هناك مدي رقمي لقياس كل منها «القيمة الطبيعية» التي يكون الفرد في داخلها طبيعياً وسليماً، وأعلي أو أدني من هذا المدي يكون الفرد غير طبيعي ويشير إلي وجود المرض كانحراف عن هذه القيمة الطبيعية المصاحب بالحالة اللا سوية في وظيفة وبناء أعضاء الجسم أو الأنظمة. مثال : أعلي أو أدني من القيمة الطبيعية بالنسبة لهرمون الغدة الدرقية في الدم يكون هناك قصور في الغدد الصماء وبين الإثنين يكون أداء الغدة الدرقية طبيعيا[٢] .

(1) Idem.

(2) Feinstein A., "Science, Clinical Medicine and The Spectrum of Disease", In: Beeson P. B. and Mc Dermott W. (EDS.), Text Book of Medicine Philadeelphia : Sounders, 1975: PP. 4-6.

وعلي هذا الأساس يعتمد التعريف الطبي للمرض علي التغيرات الفيزيقية في بناء أو أداء الجسم التي يمكن إثباتها بشكل موضوعي، والتي يمكن أن تقاس بالاستناد علي القياسات الفسيولوجية الطبيعية. وينظر إلي هذه التغيرات اللاسوية أو المرض ككينونة «حدوث المرض» بمواصفاتها الشخصية الخاصة من الأعراض والعلامات - ومن ثم فإن كل مرض شخصي يتألف من سبب مميز وصورة علاجية (أعراض وعلامات) يفضي إلي فحوصات عيادية وتاريخ طبيعي وتنبؤ وعلاج ملائم. مثال : مرض السل : من المعروف أنه ينشأ بواسطة نوع من البكتريا ويكشف عن نفسه من خلال أعراض مميزة ويظهر علامات فيزيقية معينة عند الفحص ويظهر بصورة دقيقة بواسطة أشعة الصدر واختبارات البصاق ، ومن المحتمل أن يصبح تاريخاً طبيعياً بالاعتماد علي ما إذا تم معالجته أو لا[١] .

ويري فابريجا وسلفر (Fabrega and Silver)أن وجهة النظر الطبية تفترض أن الأمراض تعد عالمية في الشكل والتطور والمضمون، ولذلك فهي متماثلة في التواتر بمعني أنه من المفترض أن مرض السل سيكون نفس المرض في أي ثقافة وفي أي مجتمع يظهر فيه وسيكون له دائما نفس السبب والصورة العلاجية والمداوة وهكذا. ومع ذلك فإن وجهة النظر الطبية لا تتضمن الأبعاد الاجتماعية والنفسية للمرض التي تحدد مدلول المرض بالنسبة للشخص المريض ولكل المحيطين به. ولأن الطب الغربي يركز بدرجة أكبر علي الأبعاد الفيزيقية للمرض فإن عوامل مثل الشخصية والمعتقدات الدينية والمكانة الاجتماعية للمريض لا تكون لها في الغالب أي علاقة بعملية تشخيص المرض أو في وصف العلاج[٢] .

ب- النظرة العامية للمرض :

يستخدم كاسل (Cassel)كلمة المرض (Illness)ليرمز بها إلي ما يشعر به المريض حينما يذهب إلي الطبيب، وكلمة المرض (Disease)إلي ما يكون عليه

(1) Cecil Heleman, "Culture, Health and Illenss", Op., Cit., P. 67.

(2) Fabrega H., and Silver D., "Illness and Schamanistic Curing in Zinacantun: An Ethnomedical Analysis", Stanford University Press , 1973 : PP. : 218 - 223.

المريض وهو في طريق عودته من عيادة الطبيب إلي منزله. فالمرض بمعني (Dis-ease) هو شيء يتعلق بعضو من أعضاء الجسم بينما المرض بمعني (Illness) يتعلق بالشخص نفسه، وهو يعبر عن الاستجابة الشخصية للمريض ولكل الذين حوله لكونه مريضا وخاصة تلك الطريقة التي يفسر بها المريض وكل من حوله مصدر ومغزي هذا المرض وكيف أنه يؤثر في سلوكه وفي علاقته مع الناس الآخرين وفي الخطوات المختلفة التي سيتخذها لعلاجه. إن هذه الاستجابة لا تشتمل علي خبرة المريض بالمرض فحسب، بل علي المدلول الذي يعطيه لهذه الخبرة أيضاً. مثال ذلك الشخص الذي يمرض فجأة وعندها قد يسأل نفسه لماذا حدث ذلك له أو ما هو الشيء الخطأ الذي فعله ليستحق ذلك. أو حتي - في بعض المجتمعات - من هو الشخص الذي سبب له هذا المرض[١].

كما يري رني فوكس (Renee Fox) أن كلاً من المعاني المعطاة لواقعة المرض، واستجابة المريض للمرض تتأثر بشدة بخلفيته الثقافية والاجتماعية وكذلك بسماته الشخصية، بمعني أن المرض نفسه مثل (السل) أو أعراضه مثل (الألم) قد يفسر بشكل مختلف تماماً بواسطة اثنين من المرضي ذوي ثقافات مختلفة وأن هذا التفسير سوف يتأثر بسلوكهم التالي للمرض وبأنواع العلاج الذي سوف يلجأون إليه[٢].

إن وجهة نظر المريض حول المرض هي جزء من نموذج مفاهيمي واسع يستخدم في تفسير أسباب الضرر والمحن بصفة عامة، وفي هذا النموذج يعد المرض مجرد شكل خاص من أشكال المحن. مثال: في كثير من المجتمعات تنسب كل أشكال الضرر والمحن إلي نفس السلسلة من الأسباب حيث الحرارة شديدة ، وضياع المحصول، سرقة المال، وانهيار سقف المنزل، وزوال القوة بفعل السحر أو نتيجة لعقوبة آلهية بسبب

---

(1) Cassell E.J., The Healer's Art: A New Approach to The Doctor - Patient Relationship "New York: Lippincott, 1976 : PP. 47 - 83.

(2) Fox R.C. "Illness", In: sills D. (ED.) "International Encyclopaedia of the Social Science", New York, Free press, 1968: PP. 90 - 86.

بعض الخطايا الأخلاقية، وفي الحالة الأخيرة يكون السبب مشابها للإحساس بارتكاب الفاحشة أو الإثم ويتطلب أنواعا متشابهة من العلاج مثل الدعاء والتوبة. ولذلك فإن المرض بمعني Illnessغالبا ما يشترك مع الأبعاد الاجتماعية والأخلاقية والسيكولوجية المرتبطة بالأشكال الأخري من المحن والأضرار داخل ثقافة معينة. ومع ذلك فهو يمثل مفهوماً أوسع انتشاراً من مفهوم المرض بمعني Diseaseويجب أن يؤخذ في الاعتبار في فهم طريقة تفسير الناس لأمراضهم والاستجابة لها[1].

ومن ثم فإن التمييز بين المرض (Disease)والمرض (Illness)له أهمية حيوية فالأول يشير إلي وجود مظاهر وعلامات إكلينيكية سطحية وموضوعية لاضطراب الوظيفة الجسمية أو عدوي منقولة بواسطة شخص أو مضيف وهو بهذا المفهوم يمثل شيئاً أساسياً في الطب الحيوي «تصنيف المرض» وبالتالي فهو يشير إلي الاختلالات الباثولوجية والعضوية الموجودة في نظام وأعضاء الجسم بمعني أنه ظاهرة بيولوجية ومعرّفة ثقافياً. أما الثاني فهو حالة تتعلق بالشخص المريض وتشير إلي إدراكه الحسي وخبرته الحياتية بوجود علة وعليل بمعني حالات غير مقيمة اجتماعياً تشتمل علي - ولا تقتصر علي - المرض Diseaseوبذلك فهو يتضمن موضوعات وأبعاد سيكولوجية واجتماعية ومعرفية.

كما يعكس هذا التمييز اختلاف الأفكار بين المهنيين المتخصصين والشعبيين بالنسبة للمرض بما يعني أن المرض (Disease)يعبر عن شيء حقيقي أما المرض (Illness)فهو غير ذلك. وقد تعرض هذا التمييز للنقد فى السنين الأخيرة بسبب أن انفصال الحقائق البيولوجية عن البني الثقافية يرجع بشكل خاطيء نموذجاً طبياً حيوياً لا يرتبط بالثقافة - كما أن توزيع الـ Diseaseوالـ Illnessلا يتوافقان داخل السكان فهناك أناس مرضي بمرض يمكن تشخيصه كارتفاع ضغط الدم ولا يعرفون أو يعتقدون أنهم مرضي ، وبالمقابل هناك نسبة كبيرة من الناس تشعر بالمرض وتزور الأطباء دون أن يكون لديها مرض يمكن تعريفه. مما يمكن الاشارة اليه بتوهم المريض Hypochanderia، وذلك بجانب تلك الأمراض النفسيجسمية Psychosmotic،

(1) Cecil Helman, "Culture, Health and Illenss", Op., Cit., P. 68.

والتى تندلع بسبب ضغوط نفسية تؤدي لحالة مرضية من قبيل قرحة المعدة على سبيل المثال وذلك بجانب حالات أخرى ذات طابع عضوى لا يوجد لها سبب عضوى من قبيل الشلل الهستيرى، وهو ما يعنى أن اختلال الحالة النفسية للمريض أدت إلي اختلالات جسيمة. وبالتالي يجب أن لا يلام المريض باعتبار أنه السبب في أعراضه الخاصة. ومن هنا أصبح الطب الحيوي التقليدي المصنف تحت هذا المفهوم وكذلك مفهوم التمييز بين المرض Diseaseوالمرض Illnessهدفاً محورياً للتحليل في مجال الأنثروبولوجيا الطبية النقدية(١).

ثالثا : الثقافة وسلوك المرض :

يستخدم مصطلح الثقافة للدلالة علي أنماط سلوك خاصة بمجتمع معين أو للدلالة علي أساليب حياة خاصة بمجموعة من المجتمعات التي يوجد بينها قدرا من التفاعل. وهي بهذا المعني عبارة عن تجريد للسلوك الفعلي مما يستوجب عدم الخلط بينها وبين النواتج السلوكية نفسها أو المنتجات المادية الثقافية. وقد لاحظ ردفيلد(Red Field) في هذا الصدد أن الثقافة تتضح في الأفعال وفي الأشياء المادية ولكنها لا تتكون من تلك الأفعال والأشياء ذاتها • كما أن أساليب السلوك التي تكون ثقافة أي مجتمع هي عبارة عن تعميمات لسلوك كل أو بعض أفراد ذلك المجتمع فهي لاتصف بدقة ولا تتناول العادات الشخصية الخاصة بأي فرد من أفراد ذلك المجتمع. ومن ثم فإن الثقافات دائما ما تنطوي علي نمطين رئيسيين من أنماط السلوك هي الأنماط المثالية والأنماط السلوكية (الواقعية). وقد عرف كلوكهون (Kluckhohn)الأنماط المثالية بأنها : ما ينبغي أن يفعله أو يقوله أفراد مجتمع معين في مواقف معينة إذا ما أرادوا الامتثال الكامل لمعايير السلوك التي تحددها ثقافاتهم أما الأنماط السلوكية (الواقعية) فتقوم علي ملاحظة ما يمارسه الناس فعلا في مواقف معينة(٢) .

---

(1) Peter J. Brown, Op., Cit., PP. 108 - 110.

(٢)رالف ل بيلز وهاري هويجر ، مرجع سبق ذكره ، ص ص ١٤٣ – ١٤٧ .

وقد حظيت دراسة الثقافة وسلوك المرض باهتمام الأنثروبولوجيين فقاموا بتنميط هذا السلوك من خلال وجهتي نظر تكمل كل منهما الأخري ، فتري وجهة النظر الأولي أن الأنماط السلوكية هي نتاج لعملية التكييف الاجتماعي والثقافي لأنها تمارس دورها في سياق اجتماعي وثقافي ترتبط به ، كما تري وجهة النظر الثانية أن الأنماط السلوكية للمرض هي جزء من عملية توازم كبري لمواجهة المرض وعلاجه(١) . ولذلك لا تعتبر الثقافة مجموعة قواعد أو ممارسات جامدة يتبعها كل شخص في جماعة معينة، كما أن تبني رؤية واحدة لهذه الثقافة سوف يؤدي إلي القولبة والتكرار الذي يفتقر إلي الأصالة وإضفاء السمات الشخصية عليها أو إلي تبني رؤية ثقافية أحادية تصادر أفكار المجموعات المتجانسة ذوي المعتقدات المتجانسة. وعلي ذلك يجب الاعتقاد بأن الثقافة تخلق استجابات متباينة للشعور بالمرض والعجز أو الموت وبالتالي فإن تناول ودراسة طبيعة ومدلول المرض والعلاج من المنظور الثقافي لسلوك المرض يجب أن تكون من خلال تبني رؤية متعددة الأبعاد تعتمد علي أطر ونتائج الأنثروبولوجيا الطبية والثقافية والاجتماعية وعلم الاجتماع والتاريخ الاجتماعي وتاريخ العلم والطب، كما تعتمد أيضا علي التفسيرات القصصية الخيالية ، وغيرها، تلك التى تبزغ من داخل وخارج نطاقات المرض والعلاج ، وذلك لأن الحكايات الحية عن المرض المتحكم في حياة الناس اليومية والعجز وعدم القدرة خلال عمر الإنسان تساعد علي فهم السير الذاتية الشخصية والنصوص القصصية الإخبارية للأفراد الذين يعانون المرض والعجز(٢) . وهكذا فإن الثقافة مهما كان نوعها وطبيعتها تترك بصماتها علي سلوك المرض وعلي أدوار المريض بوضوح وأن الفروق الثقافية أكثر تأثيراً وبروزاً عن الاختلافات الاجتماعية – الاقتصادية في هذا الجانب(٣). كما أن ثقافة الأسرة لها تأثير هام علي صحة أفرادها من حيث دورها في التعرف علي المرض وتسميته ثم تحديد خيارات المعالجة سواء منزلية أو تقليدية أو داخل مؤسسات الطب الرسمي .

---

(١) علي المكاري، الأنثروبولوجيا الطبية ـ دراسات نظرية وبحوث ميدانية، مرجع سبق ذكره، ص ٥١ .

(2) Sue E. Estroff, Op. , Cit., P : 7.

(٣) علي المكاري، الأنثروبولوجيا الطبية ـ دراسات نظرية وبحوث ميدانية، مرجع سبق ذكره، ص ٥١ .

١- سلوك التعرف علي المرض :

إن سلوكيات المرض في أي مجتمع تعتبر سلوكيات متسقة ثقافياً، كما أن الأسلوب أو الطريقة التي يعبر بها الأفراد عن أعراض مرضهم وكيفية الإبلاغ عن مشاكلهم الصحية والقرارات التي يتخذونها بشأن الرعاية الصحية تتأثر كلها بالمعتقدات الثقافية والقيم المتعلقة بالمرض. ومع ذلك فإن العلاقة بين الثقافة والسلوكيات والمعتقدات المرتبطة بالصحة تعد علاقة مركبة، ودائما ما تعتمد القرارات التي يتخذها الأفراد بشأن العناية الصحية علي سلوكياتهم ومعتقداتهم المرتبطة بالصحة وبالتالي تتأثر هذه القرارات بالتفاعل بين مجموعة من العوامل التي تشمل المعتقدات الثقافية عن المرض والعلاج والخبرة الذاتية بالمرض، والاتصال بالمهنيين الصحيين وكذلك المعلومات والنصائح التي تقدم من الأصدقاء والأقارب.

واستخدام نموذج المعتقد الصحى يلخص التأثيرات المختلفة ,وبناء علي هذا النموذج هناك إمكانية أن يقوم الفرد بعمل صحي يعتمد علي الفائدة الملموسة من هذا العمل وكذلك العلاج المعروف للمرض. ويعد نظام معتقد الشخص أساس هذا النموذج ويقدم جزءاً هاماً من الاستعداد النفسي لكي يؤثر في نتيجة العلاج ، ونظريا يمكن الوصول إلي بعض العوامل المؤثرة في نظم الاعتقاد الفردية لشريحة عريضة من المجتمع مثل دور نظم التعليم ووسائل الإعلام في توصيل المفاهيم والأفكار الطبية بشكل مؤثر. وهناك عوامل أخري إلا أنها أكثر خصوصية ومن الصعب التنبؤ بها ، فالتوقعات والمعتقدات الشخصية بالنسبة للمرض تعد متغيرة إلي أقصي حد كما أن هناك اختلافات هامة في الاتجاهات المتعلقة بالصحة عبر الحدود العرقية والطبقية والعائلية(١).

وتتباين التعريفات التي تحدد حالة الصحة والمرض بين الأفراد والمجموعات الثقافية والطبقات الاجتماعية المختلفة. ففي معظم المجتمعات غير الغربية يعبر عن

(1) Sensky T., "Patients reactions to illness: Cognitive Factors determine responses and are amenable to treament. BMJ. 1990, 300 PP. 622-623 In: Report 13 of The Council on Scientific Affairs, American Medical Association, Folk Remedies Among Ethnic Subgroups. 1997.

الصحة بالعلاقة المتوازنة بين الإنسان والإنسان وبين الإنسان والعالم الطبيعي وبين الإنسان وما وراء الطبيعة، أما في المجتمعات الغربية فإن تعريفات الصحة– في جمهرتها – لا تشمل ذلك كله، إذ تغلب عليها الجوانب السلوكية والنفسية والجسمية .

ويعرض فوكس (Fox)مدي تباين هذه التعريفات بين الطبقات الاجتماعية ، ففي دراسته عن مدينة (ريجون فيل) في أعلي ولاية نيويورك بأمريكا وجد أن أفراد الطبقة الاجتماعية – الاقتصادية الأعلي دائما ما يشكون لأطبائهم من أوجاع مستمرة في الظهر كعرض غير طبيعي علي عكس أفراد الطبقة الاقتصادية – الاجتماعية الأدني فيعتبرون هذه الأوجاع أمر حتمي وغير مضرة بالحياة وبالتالي من غير المناسب أن يرجعوا في ذلك إلي الطبيب. وبالمثل في دراسة بلاكستر وبترسون (Blaxter & Paterson)عن أمهات الطبقة العاملة في (أبردنين) وجد أنهن لايعرفن أطفالهن كمرضي حتي لو كان لديهم أعراض جسيمة غير طبيعية بشرط أن يكونوا مستمرين في الحركة واللعب بشكل طبيعي. وينبني هذا التعريف الوظيفي عن الصحة والشائع وسط الناس الأفقر علي حاجتهم الاقتصادية للعمل بالرغم من إدراكهم لمستوي الرعاية الصحية الأدني لهم· كما تختلف التعريفات العامية للمرضي عن تعريفات المهنيين الطبيين[١] ·

وتعتمد عملية تعرف المرء علي ذاته كشخص مريض علي الملاحظات الخاصة بالشخص نفسه أو علي ملاحظات الآخرين له أو علي الاثنين معاً. والملاحظات التي يتعرف بها الشخص علي حالته كمريض تشمل عدة تغيرات في شكل الجسم أو في وظائفه أو تغيرات وجدانية ونفسية مثل :

أ– تغيرات في شكل الجسم مثل نقص الوزن أو تغير في لون البشرة أو سقوط الشعر·

ب– تغيرات في الوظائف الجسمية المنتظمة مثل التبول المتكرر ودورات الطمث الحادة وعدم انتظام ضربات القلب ·

جـ– إخراجات جسمية غير عادية مثل الدم في البول والبراز والبصاق·

(1) Cecil Helman, "Culture, Health and Illness", Op., Cit., P. 70.

د- تغيرات في وظائف الأطراف مثل الشلل والارتعاش

هـ- تغيرات في الحواس مثل الصمم والعمي وفقد حاسة الشم وفقد الإحساس بالتذوق

و- أعراض جسمية غير مستحبة مثل صداع الرأس وألم البطن وارتفاع الحرارة أو الارتجاف.

ز- الحالات العاطفية غير الطبيعية أو الشديدة مثل الحزن والكآبة والمخاوف الزائدة.

ح - التغيرات السلوكية في العلاقة مع الآخرين مثل عدم الانسجام في العمل أو الزواج .

ومع أن معظم الناس قد يشعرون بهذه التغيرات غير الطبيعية في حياتهم اليومية، فإن الشعور بواحد أو اثنين من هذه الأعراض لا يكفي لأن يصنف المرء نفسه كمريض، ففي دراسة أبل (Apple)عن الأمريكيين من الطبقة العاملة كان ينظر إلي الأعراض غير الطبيعية كمرض إذا ماكانت تتعرض للأنشطة اليومية العادية وفي بدايتها وكانت غامضة بمعني صعبة التشخيص بالنسبة للرجل العامي[١].

كما يمكن أن يعرف الشخص أنه مريض بواسطة الآخرين حتي في غياب الإحسلس الذاتي بالأعراض الغير طبيعية وذلك من خلال بعض التغيرات التي تقال له مثل : أنت تبدو شاحبا اليوم أو لابد أنك مريض أو أنت تعمل بشكل زائد في الآونة الأخيرة[٢] .

ولذلك تتضمن عملية التعرف علي المرض الخبرة الذاتية للشخص بالتغيرات الجسمية أو العاطفية التي تطرأ عليه وتأكيد الأشخاص الآخرين علي حدوث هذه التغيرات ، ولكي يتم هذا التأكيد يجب أن يكون هناك اتفاق في الرأي بين كل المعنيين حول ما يحدد حالة الصحة والأعراض والعلامات الغير طبيعية .

وحينما تتفق أكثرية من الناس في مجتمع ما أو في ثقافة معينة علي نمط من

(1) Idem.

(2) Idem.

الأعراض والعلامات بالنسبة لمرض محدد ونشأته ومدلوله وعلاجه يصبح هذا النمط «كينونة المرض» أو مرض شعبي بالتماثل المتكرر والمتواتر. كما يتم تعريف هذا التماثل بحرية أكثر من تعريف الأمراض الطبية كما يتأثر كثيراً بالمحيط الاجتماعي - الثقافي الذي يظهر فيه(١) .

٢- النماذج التفسيرية للتعرف علي المرض :

ظهرت النماذج التفسيرية للمرض من خلال تعاون كل من المعتقدات الثقافية والمعتقدات الخصوصية والفردية ومفاهيم وأفكار الطب الحيوي ، ونادراً ما تكون هذه النماذج مقصورة علي الأشكال الشعبية من جانب أو أن تكون كلها طب حيوي من الجانب الآخر. وقد ظهرت هذه النماذج بدلاً من النماذج الفردية التي عادة ما تكون مصفوفة في شكل سلسلة من معتقدات المرض وتمثل - علي المستوي الفردي - اندماجات انتقائية لعناصر من التقاليد الشعبية والطب الحيوي التقليدي والديانة ٠٠٠٠ الخ ، وتحدد فيها حرية اختيار وسائل العلاج بصفة عامة بواسطة أفكار فردية بشأن الصحة والمرض حيث تكون المعالجات التي توصف بسهولة كمعالجات منزلية أو تقليدية علي أول الطرف وفي نهاية السلسلة تكون المعالجات التي تنحصر داخل الطب الحيوي التقليدي(٢) .

وقد قدم كلينمان (Kleinman) نموذجه التفسيري للمرض في عام ١٩٨٠ كأسلوب مساعد لتنميط وتفسير المرض وعلاجه. ويعرف هذا النموذج بـ «مفاهيم وأفكار عن الأحداث المرتبطة بالمرض ووسائل علاجاتها المستعملة بواسطة كل الممارسين للعملية العلاجية السريرية» وهذه النماذج تلزم كل من المرضي والممارسين المهنيين ، وتقدم تفسيرات للمرض والعلاج وهي بمثابة أدوات توجيهية

(1) Ibid., P. 73.

(2) Pachter LM., "Culture and Clinical Care: Folk illness beliefs and behaviors and their implications for health care delivery, " JAMA. 1994, 271 PP. 690-694. In: Report 13 of The Council on Scientific Affairs, American Medical Association, Folk Remedies Among Ethnic Subgroups. 1997.

تساعد علي الاختيارات من بين الوسائل العلاجية المتاحة والمعالجين، كما تضفي المعني الاجتماعي والشخصي علي الخبرة بالمرض وتقدم بصفة خاصة التفسيرات لخمسة جوانب من المرض هي :

أ- أسباب مرض الحالة.

ب- شكل وتوقيت بداية الأعراض.

جـ- العمليات الفسيولوجية المرضية المحتواه.

د- التاريخ الطبيعي للمرض وخطورته.

هـ- العلاجات الملائمة لحالة المرض.

وترتب هذه النماذج الاستجابة لواقعة مستقلة من المرض ، وهي لا تتطابق مع المعتقدات العامة للمرض التي يلتزم بها المجتمع . وهناك نوعان من النماذج : نماذج تفسيرية عامية وأخري طبية[1] .

أ- النماذج التفسيرية العامية :

وتميل هذه النماذج إلي الخصوصية والقابلية للتغير كما تتأثر بشدة بالعوامل الثقافية والعوامل الشخصية (الذاتية) ، وهي إلي حد ما نماذج شعورية وقد تكون خارج نطاق الوعي أيضاً، كما أنها تتسم بالغموض وتعددية المعاني والتغيرات المتتابعة والافتقار إلي الحدود القاطعة بين الخبرة والأفكار والمفاهيم .

ب- النماذج التفسيرية الطبية :

وهي علي العكس إذ تقوم علي كم سببي فردي من المنطق العلمي، وهي ترتب أيضا للتعامل مع واقعة مستقلة من المرض.

وتمثل الاستشارات الطبية تفاعلات واقعية بين النماذج التفسيرية العامية والنماذج التفسيرية الطبية بالنسبة لمرض محدد. ولذلك تستخدم النماذج التفسيرية بواسطة الأفراد لتفسير وتنظيم وإدارة وقائع محددة من المرض ولا تدرك إلا من

(1) Cecil Helman, "Culture, Health and Illness", Op., Cit., P. 72.

خلال الظروف والأحوال التي استخدمت فيها[١] .

وهناك طريقة أخري للنظر في عملية تنميط وتفسير المرض من خلال فحص تنويعات الأسئلة التي يسألها الناس لأنفسهم حينما يشعرون أنهم مرضي. مثل: ماذا حدث؟ ولماذا حدث؟ ولماذا حدث ذلك بالنسبة لي؟ ولماذا حدث الآن؟ وماذا سيحدث إذا لم أعمل شيء بالنسبة لهذا المرض؟ وما يجب أن يفعله المريض تجاهه[٢]، وتتضمن هذه الأسئلة تنظيم الأعراض والعلامات داخل نمط ممكن تمييزه وإعطائه اسماً أو هوية، وتفسير أسبابه، ومحاولة ربط المرض بالسمات الشخصية مثل السلوك والتغذية وبناء الجسم والعوامل الذاتية والوراثية ، وتوقيت حدوث المرض وشكله في البداية هل هو سريع وفجائي أم بطيء، واحتمالات مساره وتحذيراته، وخطورته، ثم أخيراً استراتيجيات العلاج التي تشمل التطبيب الذاتي واستشارة العائلة والأصدقاء أو الذهاب لزيارة الطبيب. ولإعطاء مثال علي ذلك فالمريض الذي يعاني إصابة بالبرد في الرأس قد يجيب علي هذه الأسئلة بالآتي : أنا أصبت بالبرد، بسبب أنني خرجت في يوم وابل المطر بعد حمام ساخن مباشرة وإذا تحملت هذا البرد ربما يمتد إلي صدري ويزداد مرضي ، وأنا أفضل الذهاب لزيارة الطبيب وتناول بعض الأدوية. غير أنه يجب علي المرضي قبل هذه الأسئلة والرد عليها أن يلاحظوا بعض الأعراض والعلامات التي تظهر عليهم مثل أوجاع العضلات والرعشة وارتشاح الأنف كأعراض وعلامات غير طبيعية قبل تصنيفها في نمط «مرض البرد» وهذا ينطوي علي الاعتقاد الشائع والواضح لدي المجتمع الذي يعيش فيه المريض حول ما هو البرد وكيف يمكن التعرف عليه وذلك علي الرغم من أن النموذج التفسيري لواقعة البرد يحتوي عوامل خصوصية وعوامل شخصية عنه[٣] .

٣- الثقافة وسلوك الاستجابة للمرض :

تعتبر استجابة المرضي للمرض وكذلك استجابة المحيطين بهم جانباً من

(1) Ibid., P. 73.

(2) Idem.

(3) Idem.

المبادئ الثقافية بمعني أنها استجابات تلقائية وفقا للثقافات المكتسبة. وكما يقول ميكانيك (Mechanic)أنه قد يكون للجماعات الثقافية الأخري تعريفات مختلفة لدور المريض، غير أنه ليس مهماً ما هو نوع النظام العلاجي السائد في هذه الجماعات بقدر أهمية قواعد الفهم الصحيح للتعامل مع سلوكيات المرض، فسلوكيات المرض هي تلك الممارسات التي تصاحب المرض واختلال الأداء الوظيفي للشخص، والتي تتراوح من تناول حساء الدجاج إلي أداء الأغاني فى المساء إلي استرضاء الروح المؤذية(١).

وعلي الرغم من أن سلوكيات المرض هي سلوكيات ثقافية وفقا للثقافة النابعة منها، وأنها سلوكيات متغيرة عبر الزمن، فإنها لا تزال تعكس المباديء الطبية القديمة أو التقليدية التي تقوم علي التوازن بين الأخلاط أو العناصر الموجودة داخل الجسم البشري مثل البارد والحار والرطب والجاف، ولذلك يفسر بعض الأمريكيون بداية عدوي الجهاز التنفس العلوي علي أنها الإصابة بالإجهاد أو الإصابة بالرطوبة والبرد أو عدم تناول أطعمة معينة بالقدر الكافي أو عدم المحافظة علي التوازن وذلك علي الرغم من أنهم يفهمون الطبيعية الفيروسية لمعظم أمراض البرد. ومع أن مرحلة الطب الحيوي بلغت العالمية فإن الأقلية من المجتمع العالمي هي التي تعتمد علي رعاية الطب الحيوي كلية أو حتي في المقام الأول، أو تتبع المعتقدات الخلطية بشأن المرض، كما أن الإيورفيدا الهندية والطب الصيني التقليدي والتقاليد الطبية الروحانية مازالت تستعمل أيضاً إلي جانب الطب الحيوي بواسطة نسبة كبيرة من المجتمع العالمي(٢) .

وهناك اختلافات جديرة بالملاحظة داخل المجتمعات المتعددة الثقافات في كيفية التعرف علي المرض وكيفية تعرف الناس حينما يصبحون مرضي وكيفية الاستجابة للمرض بواسطة الآخرين(٣). ولذلك من الضروري أن يكون هناك أسلوب موحد يستطيع الشخص المريض بواسطته أن يلفت الانتباه إلي التغيرات الغير طبيعية

(1) Sue E . Estroff., Op . Cit ., P 11

(2) Idem.

(3) Idem.,

الي طرأت عليه وذلك لكي يحشد الرعاية والمساندة . وقد طرح (Gilbert Lewis) هذا الأسلوب حيث توجد في كل مجتمع بعض التقاليد والعادات حول الكيفية التي يتصرف بها الناس حينما يكونون مرضي...، وهناك شيء من التفاعل في معظم الأمراض للاستجابات الإرادية واللا إرادية في أسلوب التعبير عن المرض، كم يتحكم المريض إلي حد ما في الأسلوب الذي يعرض به مرضه وما يقوله بشأن هذا المرض[١].

وقد قامت مارجريت لوك (Margart Lock) بدراسة عن الشيخوخة وانقطاع الطمث في اليابان وفي أمريكا الشمالية توضح التفاعل الصريح بين المفهوم البيولوجي والمفهوم الاجتماعي الثقافي للمرض الذي يؤثر في سلوك المريض ووجدت أن انقطاع الطمث عند النساء اليابانيات تختلف من الناحية الفيزيقية عن النساء الأمريكيات، فاليابانيات لا يحكين التقلبات الوجدانية التي يحكيها الأمريكيات ولكن يتركز إحساسهن حول مفهوم الجسد ووجع المفاصل والألام الجسمية الأخري. كما يختلف الأطباء الأمريكيون واليابانيون في طريقة التعامل مع انقطاع الطمث ووصف العلاج البديل حيث تتجسد علاقاتهم مع المرضي في مفاهيم ثقافية ذات أفكار مختلفة تتصل بالنوع (ذكر/أنثي) وبالقوة وبيولوجية الأنثي والشيخوخة. ومن ثم يختلف سلوك النساء اليابانيات المتمثل في مشاعرهن الحقيقية عند انقطاع الطمث عن سلوك النساء الأمريكيات عند مواجهة نفس العملية البيولوجية وبالتالي يختلف سلوك تحمل الألم والأوجاع لدي اليابانيات كتأثير ثقافي مقابل التقلبات الوجدانية لدي الأمريكيات والكنديات علي الرغم من أن كلهن يجتزن نفس العملية البيولوجية[٢] .

وكما أن عملية التعرف علي المرض تعد عملية اجتماعية تضم أناس آخرين بجانب الشخص المريض بمعني أن الشخص يعرف كمريض حينما يكون هناك توافق بين ملاحظاته عن السلامة الصحية التي يفتقدها مع ملاحظات المحيطين به، فإن تعاون هؤلاء المحيطين به، مطلوب أيضاً بالنسبة له لكي يختار حقوق ومزايا المريض

(1) Cecil Helman, "Culture, Health and Illness", Op., Cit., P. 71.

(2) Sue E., Estroff, Op., Cit., P. 10

ودور المريض وهو الدور المقبول اجتماعيا للشخص المريض، فالأشخاص المرضي يمتنعون مؤقتاً عن التزاماتهم تجاه الجماعات الاجتماعية التي ينتسبون إليها مثل العائلة والأصدقاء وزملاء العمل وفي الوقت نفسه تلتزم هذه الجماعات برعاية أعضائها المرضي طوال مدة مرضهم، ولذلك وكما يشير فوكس (Fox)أن دور المريض يوفر سبيلا شبه قانوني للانسحاب من الالتزامات المقررة علي الأصحاء كما يوفر أيضا الأساس المؤهل لرعاية الآخرين له[١]. وكما أن الثقافة تكمن في كل من التعرف علي والخبرة بـ وعلاج المرض، فإنها أيضاً كائنة فى، وتحدد بواسطة الأدوار التي يتوقع أن يؤديها الأفراد في المجتمع، والتعبير الأكثر دقة من هذه الوجهة هو رأي عالم الاجتماع الشهير (Talcott Parsons)عن دور المريض[٢]. والذى وصف فيه توقعات الأشخاص المرضي التى تعتمد علي قيم من المسئولية والاستقلالية والإنتاجية والتي تتمثل في العناصر التالية :-

أ- العنصر الأول : ويقوم علي مدي خطورة المرض، وكيف يعتذر الشخص عن القيام بمسئوليات الوظيفية الاجتماعية العادية فالناس الذين يسمح لهم بالبقاء في المنزل وعدم الذهاب للمدرسة أو العمل إذا ما كانوا مرضي يعتبر ذلك بمثابة إعفائهم من المسئوليات بسبب المرض. وفي مجال القانون الجنائي تعتبر مفاهيم مثل «ناقص الأهلية »و«لامذنب» بسبب المرض العقلي من المفاهيم القانونية التي تعبر عن الممارسة الثقافية لإعفاء المرضي من المسئولية الكاملة وتؤكد بوضوح علي أهمية التأثيرات الاجتماعية والثقافية في إحداث التفاعل بين المفاهيم الطبية .

ب- العنصر الثاني : وهو أن الشخص المريض يستحق أن يكون مشمولا بالرعاية سواء من قبل الأسرة أو من قبل المؤسسات الاجتماعية لكي يصبح معافي صحيا.

ج - العنصر الثالث : يعد الأشخاص المرضي أن المرض شيء غير مرغوب فيه ويكونون ملزمين بمحاولة الوصول إلي الصحة والعافية بالبحث عن العلاج ، بتغيير نظام الغذاء والامتناع عن التدخين وإتباع نصائح وأوامر الأطباء، أما الذين

(1) Cecil Helman, "Culture, Health and Illness", Op., Cit, P. 71.

(2) Sue E . Estroff ., Op ., Cit ., P. 10.

يخلون بهذا المبدأ ويرفضون العلاج بسبب إدمانهم للعقاقير المخدرة فهؤلاء قد يخسرون الوضع القانوني لاستحقاقهم المساعدة. ومع أن حالات الإدمان قد عرفت بوضوح كحالة طبية تخضع لممارسة الطب الحيوي فإنها لم تؤثر علي ما يتعلق بالوضع الأخلاقي للأشخاص المدمنين وهذا يبين أيضا دور المفاهيم الثقافية بالنسبة لمبدأ المسئولية عن المرض وإلغاء المظلة الطبية المستحقة بسبب المرض.

كما أن استجابة الآخرين للمرض غالبا ما تتحدد بواسطة عوامل اجتماعية - ثقافية. فلكل ثقافة لغتها الخاصة في التعبير عن الألم والأحزان والتي تملأ الفجوة بين الخبرة الذاتية بحالة السلامة الصحية التي يفتقدها الشخص المريض والتسليم الاجتماعي بها . كما تحدد العوامل الثقافية أيضا أي من العلامات والأعراض التي تفهم كعلامات وأعراض غير طبيعية ، وتساعد كذلك علي تصوير التغيرات الجسمية والوجدانية المنتشرة داخل نمط يمكن أن يفهمه المريض والمحيطين به[١] .

٤- الثقافة الأسرية وسلوك المرض:

تعد الأسرة مجتمعاً صغير الحجم وتتميز بتنظيمها الداخلي الفريد وثقافتها المميزة الخاصة بها. وثقافة الأسرة مثل الثقافة الأوسع التي تتواجد فيها وهي تعرف بـ «العدسة» التي تعكس الرؤية المتوارثة من المفاهيم المشتركة ويفهم بواسطتها أفراد الأسرة العالم الذي يعيشون فيه كما توجه ردود أفعالهم الوجدانية وسلوكياتهم خلال حياتهم اليومية وتنظم علاقاتهم مع الآخرين ومع البيئة الطبيعية والقوي فوق الطبيعية[٢]. كما تعد كل أسرة كياناً اجتماعياً فريداً بعض الشيء، فعلي الرغم من أنها تشترك في العديد من السمات مع الأسر الأخري وخاصة التي من نفس الخلفية وفي نفس المكان، فإن لها أيضا سماتها الخاصة التي تتميز بها؛ فلها تعريفاتها الخاصة لأفرادها وغير أفرادها وللنجاح والفشل ولحدودها الداخلية والخارجية وديانتها ورؤيتها للعالم وتاريخها الشخصي وأساطيرها وعادتها وطقوسها وتفسيرها للأمراض وطرق

(1) Cecil Helman, "Culture, Health and Illness", Op., Cit, P. 71.

(2) Cecil Helman, "The Family: A useful Concept for Family Practice", Op., Cit., P. 377.

علاجها كما لها لغتها الخاصة في التعبير عن الألم سواء بطريقة لفظية أو غير لفظية • وتنتقل ثقافة الأسرة بين الأجيال من خلال النصوص المكتوبة والخرافات والأساطير وهي مثل ثقافة أي مجتمع إنساني ليست ثقافة موحدة، حيث عادة ما يكون هناك بعض الخلاف وعدم الاتفاق بين أفرادها ، غير أنهم دائما ما يشتركون في نواحي رؤي العالم والتي تنتقل إلي الأجيال التالية لتشكل ثقافة كل أسرة• والأسرة من وجهة نظر الطب العائلي تعد مجتمعاً مصغراً يقوم علي معايير اجتماعية وبيولوجية وسيكولوجية كما تعد كل وظائف الأسرة أيضاً وحدة سياسية واقتصادية صغيرة بالنسبة للإنتاج والتوزيع واستهلاك الموارد ولها وجهة نظرها الخاصة بالنسبة للصحة والمرض•

إن كل الثقافات الأسرية تثمر وتحتفظ بنماذج معينة من المعتقدات والسلوكيات والعادات أو أنماط الحياة بالنسبة لأفرادها وعلاقاتهم المباشرة بالصحة والمرض• وقد تكون هذه المعتقدات والسلوكيات حمائية لصحة أفراد الأسرة أو قد تتعلق بمسببات المرض بالنسبة لهم. ولذلك تعد معرفة وفهم ثقافة الأسرة التي ينشأ فيها الفرد المريض أمراً أساسيا وهاما بالنسبة للممارسة الناجحة للأسرة حيث تساعد هذه المعرفة الطبيب المعالج في الفهم والتنبؤ بنماذج الأعراض والمرض وبالمتغيرات في نمط الحياة والعادات السيئة في المشروبات والتغذية والتدخين والاستجابة للمعالجة الطبية وكذلك تأثير الأزمات وتغيرات دورة الحياة علي صحة الأسرة. كما تتضمن ثقافة أي أسرة الجوانب والأنماط المتعلقة بالصحة والمرض ، والإحاطة بكل أو بعض هذه الجوانب والأنماط يعد عاملاً مساعداً بالنسبة لطبيب العائلة في الممارسة الإكلينيكية وفي طريقة فهم السياق الموروث للصحة والمرض. وهذه الجوانب هي[1] :

- المعتقدات الصحية
- أنماط الأعراض المرضية في الأسرة
- استراتيجيات العلاج الذاتي
- تصور الجسد

(1) Ibid., P. 379.

- ممارسات تربية الأطفال
- الأدوار بالنسبة للنوع (ذكر / أنثي).
- العادات الجنسية
- معلومات عن العقم (موانع الحمل)
- أنماط التغذية
- أنماط العمل
- ممارسة الهوايات وتمضية أوقات الفراغ
- الحيوانات الأليفة والمنزلية
- استخدام المهدئات الكيميائية
- أنماط الإقامة والسكن الملائم
- أنماط المساندة والشبكات الاجتماعية
- أنماط الزواج
- النصوص المكتوبة والأساطير والحكايات العائلية
- الطقوس العائلية وإدارة الأزمات
- الممارسات والمعتقدات الدينية

وفي هذا الصدد يجب علي طبيب العائلة أن يكون قادراً علي استنباط النواحي الذاتية والموضوعية لخبرة الصحة والمرض من وجهة نظر المريض (شكوي المريض، تعريف المشكلة، أسباب المرض، التوقعات، المطلوب) وهي الخطوة الجوهرية الأولي فيما يسمي بمدخل التشاور للرعاية الإكلينيكية ويشمل المفاهيم الأساسية التالية[1] :

نماذج المريض التفسيرية عن المرض (أسباب المرض وبدايته وفسيولوجيته والتكهن به وبعلاجه)٠

النماذج الأولية للمرض (الخبرة الشخصية بالمرض وخبرة الآخرين والمعلومات المنقولة بواسطة وسائل الإعلام)٠

(1) Robert G. Like, R. Preasand Steiner, Op., Cit., PP. 88 - 89.

طلبات المريض (ما يأمله المريض من مساعدة) .

كما تمثل المعتقدات الصحية بالنسبة لنشأة وأهمية المرض والتكهن به وعلاجه الملائم -وهي المعتقدات التي غالبا ما تختلف بين الأفراد والأسر والجماعات الثقافية - الجانب الأساسي في ثقافة أي أسرة • فالكيفية التي يجاوب بها الناس علي أسئلة مثل: ماذا حدث ؟ ولماذا حدث معي ؟ ولماذا الآن وماهي تأثيراته المحتملة علي وعلي أسرتي وأصدقائي في العمل ؟ تعد كلها أموراً هامة، ثم بعد هذه التأثيرات كيف تعرف وتفسر أعراضها ولمن يلجأ المرضي طلبا للمساعدة. وغالبا ما تبحث أعراض المرض بالنسبة للفرد وسط أفراد الأسرة الآخرين ويتخذ قرار جماعي بشأنه في ضوء ثقافة الأسرة بخصوص ماذا يجب عمله- هل يبقي الفرد المريض ملازما للسرير أم يذهب إلي عمله؟ هل يستشار رجل الدين أم طبيب العائلة ؟ وما هو الأكثر ملاءمة لعلاج هذه الحالة التوبة والندم أم البنسلين .

وغالبا ما تتضمن ثقافة الأسرة «لغتها الخاصة بالشجن والألم» وهي نمط خاص بالأعراض أو التغيرات السلوكية يعبر عن معاناة أفراد الأسرة أمام الآخرين أو أمام طبيب الأسرة. هذه اللغة سواء كانت لفظية أم غير لفظية قد تكون خاصة بهذه الأسرة أو مشتركة مع الآخرين من نفس الخلفية الثقافية ، فهناك اختلاف كبير بين الأسر في كيفية طلب أفرادها المصابين بالمرض للمساعدة من الذين حولهم، فقد يشكو أفراد أسرة ما بطريقة لفظية وفي أسرة أخري قد يكتم أفرادها الألم وفي ثالثة قد يعبرون عن الشكوي من خلال إظهار العلامات والأعراض الجسدية وفي أسرة رابعة قد تظهر الشكوي في شكل إساءة استخدام المهدئات والمسكنات مثل التبغ والعقاقير المخدرة • كما تتجمع أنماط أعراض معينة داخل الأسرة وخاصة عبر أجيال معينة وقد يكون التعبير عن هذه الثقافة وتلك الأنماط بواسطة السجلات العرقية للأسرة أو شجرة العائلة الصحية وقد يساعد ذلك علي كشف الأنماط الخاصة والمتواترة عن المشاكل الأسرية مثل (الإدمان والطلاق •••• الخ)[1] .

(1) Cecil Heleman, "The Family: A useful Concept for Family Practice", Op. , Cit, P. 397.

كما تتأثر أيضا أنماط الأعراض – سواء أكان ذلك داخل أم خارج الأسرة – بالثقافة الأصلية (ثقافة المنشأ)• فالتجسيدية Somatization ـ علي سبيل المثال ـ تعد نمطاً شائعاً بين بعض المجموعات العرقية الاجتماعية كما أن هناك أشكالا معينة من سلوك الشعور بالألم مثل التعبير الزائد عن الحد بطريقة مسرحية والانفعال المتزايد تعتبر أنماط شائعة أيضا بين مجموعات عرقية أخري• كما تختلف أيضا علامات الاستجابة للضغط بين المجموعات الثقافية المختلفة ، وقد تعكس بعض أنماط هذه العلامات المختلفة اختلافات في تصور الجسد داخل ثقافة الأسرة بمعني اختلاف المعتقدات حول بناء ووظيفة الجسد الإنساني ومواقع الأعضاء في الجسم كما قد تختلف هذه المعتقدات اختلافاً كثيراً عن رؤية الأطباء. وقد عرض (Boyle)في هذا الصدد كيف أن بعض المرضي يرون أن القلب يحتل مكان الصدر كله في جسم الإنسان وهذا يفسر لماذا يشخص هؤلاء أنفسهم بطريقة خاطئة علي أن ألم الصدر يعد دليلاً علي مرض القلب وتسرعهم لزيارة الطبيب[١] .

المبحث الثاني

المعتقدات الثقافيه والخصائص الاجتماعية للصحة والمرض

مقدمة :

يعاني الإنسان على مر العصور من الشعور بالقلق والمخاوف بسبب الكثير من الأخطار الغامضة التي تحيط به مثل حالات المحن والمصائب غير المتوقعة أو الهجوم المفاجيء للأمراض التي تنزل به أو بعائلته، ومن هنا جاء اعتقاده بوجود قوة عليا تسيطر وتوجه الأحداث وجاء حرصه علي الاتصال بها بحثاً عن الأمن الروحي ولما عجز عن تفسير ما يراه ويشاهده من أحداث الطبيعة توصل بخياله إلي أن هناك قوي فوق الطبيعية•

ومع تقدم البشرية واجتيازها المرحلة البدائية ظهرت الديانات القديمة مثل الوثنية أو الديانات القائمة علي عبادة بعض الظواهر الطبيعية ثم ظهرت بعد ذلك

(1) Idem.

الديانات السماوية التي تقوم علي مبدأ التوحيد ، علي الرغم من أنه لايزال هناك كثير من المجتمعات البسيطة تسودها كثير من المعتقدات البدائية التي ترتبط بالدين والسحر وما ينتج عنهما من أنماط سلوكية في شكل طقوس وعادات للسيطرة علي الظواهر الكونية والأحداث والتعامل مع المرض وبحيث أصبحت هذه المعتقدات تشكل أحد النظم الثقافية التي تشتمل عليها ثقافتها، كما أصبحت هذه الطقوس جزءاً هاماً من الطريقة التي تحتفل بها أي جماعة للمحافظة علي/ وتجديد العالم الذي تعيش فيه والأسلوب الذي تتعامل به مع الأخطار التي تهدد ذلك العالم ، متخذه أشكالاً متعددة ومؤدية لوظائف متنوعة سواء دينية أو غير دينية وخاصة تلك الطقوس التي تتعلق بالصحة والمرض والتي تتعامل مع النكبات والمحن.

وكما توجد هذه المعتقدات في كل المجتمعات والثقافات علي اختلاف وتباين أنماطها، فإنها تقوم بوظائف اجتماعية داخل هذه المجتمعات . فإزاء إحساس الفرد بوجود الكائنات فوق الطبيعية أدي إلي تدخله معها بطرق مختلفة ، ولذلك استخدمت المجتمعات البسيطة «السحر» لكي تتعامل مع العالم الغيبي.

وقد حظيت دراسة الدين والسحر من منظور التبادل الثقافي باهتمام الأنثروبولوجيين منذ البداية الأولي لعلم الأنثروبولوجيا، فقد بحث علماء النشوء الاجتماعي – الثقافي أمثال فريزر (Frazer)وتيلور (Tylor)في تحليل الظواهر الدينية من حيث مراحل التطور الثقافي، ورأي الاثنان أن البشرية يجب أن تمر بثلاث مراحل: من السحر والخرافة إلي الدين ثم بعد ذلك إلي العلم والعقلانية، ووضعا مفهومهما عن السحر والخرافة بأنهما مثل العلم الزائف فالسحر يحاول السيطرة علي الأحداث ولديه قناعة شديدة بالنظام واتساق الطبيعة ويؤمن بقوانينها الثابتة. أما الدين فعلي النقيض فهو يفترض أو يسلم جدلاً بعالم تعتمد فيه الأحداث علي أهواء الأرواح[١] . وأن الدين هو وسيلة للتقرب إلي القوي العليا في حين يقوم الفرد بتقديم توسلات من خلال السحر إلي قوي غير علوية[٢] . أما مالينوفسكي (Malinovski)

(1) Lorna G. Moro, et., al., Op., Cit., p. 192

(٢) محمد حسن غامري ، مرجع سبق ذكره ، ص ١٧١ .

فقد اهتم بوظيفة السحر والدين في حياة المجتمعات ولم يهتم بنشأة أي منهما، وميز بين الشعائر الدينية والشعائر السحرية ، فالشعائر الدينية ليس لها غرض خفي في حين أن الشعائر السحرية تهدف إلي تحقيق هدف خاص وأن لكل هدف متضمنات سيكولوجية وسوسيولوجية، حيث أدرك أن مهمة السحر الحقيقية أنها تؤدي من الناحية السيكولوجية إلي التكامل العقلي والثقة في مواجهة الأخطار أما من الناحية الاجتماعية فيضع القيادة في يد شخص واحد ويستطيع عن طريقها أن يوحد التنظيم في الوقت والظروف التي تتطلب حركة منظمة وفعالة وهي طريقة للتعامل مع الأخطار الحقيقية في الحياة ولذلك فهو يقوم أساسا علي الحاجات النفسية، في حين نجد أن رادكليف براون (Radcliffe Brown)يري أن الشعائر السحرية تعمل علي اثارة القلق والشعور بعدم الأمان والخطر. وليس هناك تعارض بين تفسيرهما فهما يكملان بعضهما البعض ولكن مرجع الاختلاف هو طبيعة الشعائر ذاتها التى تؤدي في المجتمع فالفرد الذي نشأ في ثقافة لها تقاليد خاصة به في أداء الشعائر قد يجد فيها وسيلة للتخلص من القلق وعادة ما تكون في شكل أداء جماعي للشعائر، ولكن عند رادكليف Radcliffeفإن حالات القلق التي تظهر يكون سببها وجود الشعائر كما تؤدي المشاركة فيها إلي ضغوط نفسية عامة مما يفرز التماسك الاجتماعي وضرورة المشاركة في أدائها ومن ثم فهما يتفقا في دراسة وظيفة الدين في المجتمع غير أن مالينوفسكي (Malinovski)يهتم بالوظائف السيكولوجية للسحر والدين في حين يهتم رادكليف براون (Radcliffe Brown)بالوظيفة الإجتماعية(١) . كما يؤكد علي دور الوظيفة الاجتماعية للدين والطقوس والشعائر الدينية في التعبير عن التضامن والوحدة الاجتماعية التي تؤدي إلي خلق وتجديد المجتمع، وكذلك الجزاءات الاجتماعية التي تفرض علي كل خارج أو مارق علي المجتمع وقيمه حيث تقوم الوظيفة الاجتماعية للجزاءات الدينية بدور كبير في ضبط ميكانيزم المجتمع(٢) . وبما أن عملية الضبط

---

(١) المرجع السابق ، نفس الصفحة.

(٢) قباري محمد إسماعيل، راد كليف براون، مؤسس الأنثروبولوجيا الاجتماعية المعاصرة ، منشأة دار المعارف، الإسكندرية: ١٩٧٧، ص ص ٢٥٨ - ٢٦١ .

الاجتماعي تهدف إلي تحقيق درجة من التواؤم والتوافق مع القيم والمعايير الاجتماعية التي ارتضتها الجماعة لنفسها فإنه يمكن النظر إلي الطب الشعبي علي أنه أحد ميكانيزمات الضبط الاجتماعي ووسيلة من وسائله وذلك لأن مفهوم المرض كما هو معروف لدي الجماعات البسيطة هو انحراف عن قواعد المجتمع أو خرق لقواعد العرف أو ناتج عن الأرواح بسبب عدم قيام الفرد بالتزاماته تجاهها أو بسبب السحر أو الحسد ومن ثم يصبح العلاج الشعبي وسيلة من الوسائل التي تلجأ إليها الجماعة للتحكم في حالات الانحراف والخروج عن قواعد المجتمع بافتراض أنه يعمل علي إعادة توافق الفرد وتواؤمه مع المعايير الاجتماعية وإعادة تنظيم سلوكه(١) .

كما أن وجهات النظر الثقافية التي تشكل أساس المناقشة والتفسير لمعاناة الفرد من المرض تركز الاهتمام علي الفرد والمعاناة الفردية بالمرض، فالأفراد في النهاية هم الذين يعانون المرض وهم الذين يدخلون في علاقات مع الأطباء والمعالجين، غير أن دراسة العوامل والخصائص الاجتماعية المؤثرة في الصحة والمرض تقتضي التحول من الفرد إلي الجماعة لدراسة العلاقات بين التصنيفات الأساسية لأعضاء الجماعة الاجتماعية – الطبقة الاجتماعية والعرقية أو الإثنية والجنس والعمر – والخطر المتباين للمرض والوفاة ، وأن يكون التركيز علي خطورة المرض فيما يتعلق بمجموع أعضاء الجماعة – ففي حين يؤثر مجموع أعضاء الجماعة في طريقة معاناة وفهم الأفراد فإن العوامل التي تعرف الجماعة الاجتماعية يمكن أن تؤثر أيضاً في الأفراد من خلال تزايد احتمال معاناتهم من المرض أو الموت المبكر(٢). كما تقتضي بالتالي الكشف عن تأثير الأدوار الاجتماعية والوضع أو الحالة الاجتماعية علي الصحة أو المرض وتوضيح وتفسير كيف أن الأفراد الذين هم أيضا أعضاء في جماعات معينة يدركون ويفسرون خطورة المرض والموت ، ودراسة مدلولات تصنيفات الخطر مثل العرقية و الطبقة الاجتماعية ••••• الخ .

---

(١) ميرفت العشماوي ، مرجع سبق ذكره ، ص ص ٢٦١ – ٢٦٥ .

(2) Gail E. Henderson, the Social Medicine Reader, Duke Uneversity Press, London, 1997: P. 100.

أولاً : المعتقدات والدين والطقوس:

١- المعتقدات والمعارف الشعبية :

تعرف المعتقدات الشعبية بأنها موروثات احتلت عقول الناس وشغلت حياتهم وشغفت بها نفوسهم وملكت قلوبهم وصارت معتقدات وأمسي التسليم بها والخضوع لحكمها من المسلمات والبديهيات التي لا يمكن أن يرقي إليها الشك. وقد أخذت هذه المعتقدات سبيلها إلي قلوب الناس ونفوسهم، عامتهم وخاصتهم، منذ بداية عمرها الطويل في تعاقب الأجيال وتداول الأزمان إلي أن رسخت في الوعي وأضحت جزءاً هاماً من الوجدان الشعبي ودخلت في عداد المأثور الشعبي[١]. كما يمكن تعريفها أيضا من خلال مضمون وظيفتها فهي تمثل جانب المعلومات والمفاهيم الأكثر تصلباً والأكثر بعداً عن وقائع الحياة اليومية ومتطلباتها الضرورية بصورة غير مباشرة وعن طريق الوسائط الغيبية وهي محاطة بالتقديس ولا مكان فيها للمناقشة أو المحاكمة العقلية علي الإطلاق وهي أقرب إلي الخطأ وأكثر التصاقاً به[٢] .

ويقصد بالمعتقدات الشعبية تلك المعتقدات التي يؤمن بها الشعب فيما يتعلق بالعالم الخارجي والعالم فوق الطبيعي، وسواء نبعت هذه المعتقدات من نفوس أبناء الشعب عن طريق الكشف أو الرؤية أو الإلهام أو أنها كانت أصلا معتقدات دينية ثم تحولت في صدور الناس إلي أشكال أخري جديدة بفعل التراث القديم الكامن علي مدي الأجيال ولم تعد بذلك معتقدات دينية رسمية بمعني أنها لم تعد تحظي بقبول وإقرار رجال الدين الرسميين[٣] .

كما تختلف المعتقدات عن سائر الشعبيات الأخري مثل اللغة الشعبية والزي الشعبي والعادة الشعبية وذلك لأنها لا تنطق ولا تكتب ولا تستمد قيمتها من إظهارها وإعلانها علي الناس أو ممارستها علي الملأ، وإنما هي خبيئة في صدور الناس ، ولا

---

(١) سعاد عثمان، وآخرون، العادات والتقاليد والمعارف الشعبية ، مرجع سبق ذكره، ص ٨٩ .

(٢) حمود العودي ، التراث الشعبي وعلاقته بالتنمية في البلاد النامية، دار العودة ، بيروت: ص ص ١٢٦-١٢٧ .

(٣) محمد الجوهرى ، علم الفولكلور – الأسس النظرية والمنهجية – جـ١ ، مرجع سبق ذكره ، ص ص ٩٩ – ١٠٠ .

تلقن من الآخرين ولكنها تختمر في صدور أصحابها وتتشكل بصورة مبالغ فيها أو مخففة – يلعب فيها الخيال الفردي دوره ليعطيه طابعاً خاصاً وتكمن في أعماق النفس الإنسانية وتوجد في كل مكان عند الريفيين والحضر وعند المثقفين والعامة[١] . كما تتسم أيضا بأنها لا تاريخية بمعني أنها لا تنتسب إلي مرحلة تاريخية معينة أو أنها من صنع فرد بعينه[٢] .

ومع أن المعتقدات الشعبية تعد مستقلة من حيث نشأتها، فهناك رابطة قوية تربطها ببعضها، ويظهر هذا النوع من المعتقدات في الأفكار والأحاسيس التي تحرك الناس إزاء الظواهر الطبيعية العادية والشاذة كتصورات الناس عن الزلازل والبرق والخسوف والشهب...الخ. وكذلك تصوراتهم عن أسرار بعض الظواهر الفيزيقية والنفسية كالأحلام والنوم والميلاد والموت مما يطلق عليها اسم «النظائر الثقافية» بمعني الظواهر الثقافية المتشابهة والموجودة في مختلف أجزاء العالم[٣] . .كما أن مفهوم المرض يتحدد في ضوء هذه المعتقدات الشعبية التي تتعلق بوجود الإنسان والمخلوقات المختلفة وعلاقتها بالكون وببني البشر ورؤية الإنسان للحياة والموت والصحة والمرض وتأثير الموجودات الطبيعية وفوق الطبيعية عليه كالجن والأنهار والنباتات والرياح والحيوانات[٤] . ومن ثم فهناك علاقة وثيقة بين المعتقدات الشعبية والصحة والمرض.

٢- المعتقدات الدينية :

لقد اهتمت الدراسات الأنثروبولوجية بالمعتقدات والشعائر والطقوس والخبرات الروحية. ويشير مصطلح (المعتقد) إلي حالات عامة يؤمن أعضاء المجتمع بصدقها، وتختلف المعتقدات الدينية عن الأنواع الأخري من المعتقدات في تأكيدها علي القوي فوق الطبيعية وقد ميز الأنثروبولوجيون بين نوعين مختلفين من القوي فوق الطبيعية الأولي وهي المجسدة في

(١) سعاد عثمان، وآخرون، العادات والتقاليد والمعارف الشعبية ، مرجع سبق ذكره ، ص ٩٠ .

(٢) المرجع السابق ، ص ٩١ .

(٣) المرجع السابق ، ص ٩٠ .

(٤) علي المكاوي ، الأنثروبولوجيا الطبية ، دراسات نظريه وبحوث ميدانية، مرجع سبق ذكره ، ص ٦٠ .

قوي طبيعية الـ "Mana"والثانية وهي الأرواحية(الاحيائية) الـ . "Animism"وقد كان العالم الأنثروبولوجي تيلور (Tylor)أول من وضع نظرية تفسر المعتقدات ولاحظ أوجه التشابه بين الديانات العديدة وخاصة الاعتقاد في وجود الروح ولذلك اعتقد في أن ثنائية الوجود تشكل أساس المعتقدات الدينية وتتمثل في الجانب الفيزيقي الذي يظهر في الجسد المرئي وفي الجانب النفسي الذي يعبر عن عدم وضوح رؤية الروح[١] .

وتري بعض النظريات السيكولوجية أن الدين هو شيء كلي «عالمي »لأنه يساعد علي تخفيض القلق الناجم عن شعور جميع الأفراد بالشيء المجهول. بينما يعطي إميل دوركايم (Emile Durkheim)للدين تفسيراً اجتماعياً كما يفسر التطورات التي طرأت علي الظاهرة الدينية بفعل الدور العقلي والدور الاجتماعي لتطور الفكر الديني، وهو في ذلك يؤيد الدور العقلي للتطور الديني عند أوجست كونت (Auguste Conte)الذي قسمه إلي ثلاث مراحل بدأت بالديانة الوثنية لأنها كانت ديانة منزلية تتعلق بالأسرة وآلهة الأسرة ثم تطورت إلي حالة أرقي وتحققت في ظاهرة «تعدد الآلهة »بظهور المدن وتحول الأسر والعشائر والقبائل وتركزها في مدن وأقاليم ثم ظهرت ديانة «التوحيد» بظهور الحضارات والإمبراطوريات الكبري. أما الدور الاجتماعي فيتمثل في أن الديانة الإنسانية كانت منبعاً لكل الظواهر الاجتماعية من سحر وعلم وسياسة واقتصاد ثم تحررت الوظائف الاقتصادية والسياسية من الوظيفة الدينية شيئاً فشيئاً. ولذلك كانت كل النظم الاجتماعية عنده ذات أصل ديني وأن كل ما هو اجتماعي هو ديني الأصل ٠ كما يري أن الظواهر الدينية تنقسم إلي قسمين أساسيين هما العقائد والطقوس ، وتفترض العقائد في رأيه تقسيم الأشياء والعالم إلي ما هو مقدس وما هو غير مقدس ويعد هذا التقسيم هو الصفة المميزة للفكر الديني مهما بلغت درجة سذاجته أو تعقده. ولذلك كانت العقائد الدينية هي أفكار أو تصورات تعبر عن طبيعة الأشياء المقدسة وغير المقدسة وما بينهما من علاقات.

أما الطقوس فهي نماذج الأفعال وأشكال السلوك التي ينبغي أن يمارسها الإنسان حيال تلك الأشياء المقدسة[٢] .

---

(١) محمد حسن غامري ، مرجع سبق ذكره ، ص ص ١٦٣-١٦٥ .

(٢) قباري محمد إسماعيل ، مرجع سبق ذكره ، ص ص ٢٠٣ – ٢٠٥ .

وهناك نظريات أخري توضح أن نشأة الدين تقوم علي أساس مداخل مشتركة سيكولوجية وسوسيولوجية حيث تشير هذه النظريات إلي أن الدين هو استجابة لظروف التوتر أو الحرمان الذي يشعر به الأفراد أو عندما يتهدد استقراره بسبب خلاف أو نزاع داخله أو بسبب قوي خارجية فيتولد حركات دينية جديدة. ومع ذلك فرغم اتفاق العلماء علي حاجة الناس إلي الدين فهناك تباين بين المعتقدات الدينية وطرق ممارستها في الثقافات المختلفة ، فالمجتمعات تختلف فى إدراكها لأنواع الكائنات فوق الطبيعية وفي تفسيرهم لسلوك هذه الكائنات[١] . ومن ثم تعتبر المعتقدات انعكاساً لرؤية أفراد المجتمع للعالم ولأنماطهم الموحدة من السلوك وهي التي تعكس العلاقات الواضحة بين الثقافة والبيئة وتتعلق بالتبعية بأفكار عن الطبيعة الأساسية لعناصر مقوماتها وبالتالي فهي تتصل مباشرة بعلاقات السبب – النتيجة[٢] .

٣- السحر والدين :

يعرف كليفرد جريتز Clifferd Greetz الدين كنظام ثقافي بأنه: نظام من الرموز يقوم بترسيخ وتأصيل الدوافع والأخلاق القوية في البشر من خلال صياغة مفاهيم النظام العام للوجود وإضفاء جو من الواقعية علي هذه المفاهيم لكي تظهر هذه الدوافع والأخلاق في شكل واقعي بديع[٣] .والدين نظام اجتماعي يقوم علي علاقة الإنسان بكائن أو كائنات أو قوي فوق الطبيعية أو إله أو آلهة يؤمن بها ويعبدها عن طريق وسطاء يعتقد أنهم يمثلونه أو يمثلونهم . ويتجسد الدين بنسق سلوكي وقانوني وأخلاقي كما تأخذ العلاقة بين العابد والمعبود شكل نسق اجتماعي مقرر ونمط ثابت . وأهم سمات الدين الإيمان واتخاذ مواقف عاطفية حيال المعبود ، وسلوك أسلوب محدد في التقرب إليه وإقامة الاحتفالات والطقوس.

---

(١) محمد حسن غامري ، مرجع سبق ذكره ، ص ١٦٢ .

(2) Lorna G.Moor, et., al ., Op ., Cit., P.199.

(3) Michael Banton, " Anthropological Approaches to the study of Religion ", http: / / WWW. Antao.../ htm. 10 May 1993, 6/3/2000.

والدين موجود في كل الحضارات رغم اختلافه في كل منها عقيدة وتطبيق ، وهو يساعد الذين يعتنقونه علي تفسير الأحداث المعقدة والغامضة التي يواجهونها ويخلق تماسكاً اجتماعياً قوياً بينهم ، كما يأخذ أشكالا مختلفة في الشعوب البدائية.

أما السحر فيعرف بنظام عملي ومفاهيمي داخل ثقافة معينة مركبة ، يفترض أن يحاول الساحر من خلاله بواسطة وسائل سحرية يدوية أن يحدث تغير سيئ في توافق الحالة النفسية- الفيزيقية لشخص آخر تابع لنفس الثقافة المركبة ، كما يعتقد أن هذه التغيرات تحدث بواسطة قوي خفية متأصلة في شخصية الساحر[١] .

غير أن دوركايم (Durkheim)يري السحر كالدين فهو ينطوي علي معتقدات وطقوس وله كل مظاهر الدين المختلفة من صلوات وطقوس وأضحيات ولذلك امتزج السحر بالدين امتزاجاً شديداً، ولكن هوبرت و موس (Hubert and Mauss)فصلاً بين الدين والسحر فصلاً تاماً بالمقارنة بين طقوس الدين وتجارب السحر. فالسحر في حقيقة أمره بقايا معتقدات قديمة وأن ما يفرقه عن الدين هو «التحريم». فالتحريم يضع حداً فاصلاً يبين التعارض بين طقوس الدين وتجارب السحر، فإذا كان الدين يتعلق بظاهرة الخير والأضحيات فإن السحر يرتبط بظاهرة الشر والضرر• وإذا كان السحر يقتضي العزلة والخفاء وترديد كلمات غير مميزة ولغة غامضة حتي تتحقق السرية التامة فإن الدين علي العكس تماما حيث يقتضي العلانية والوضوح وتمييز كلماته ولغته. وإذا كان الساحر يقوم بأساليبه السحرية كي يفرض علي الأرواح والقوي الشريرة القيام بأعمال معينة بالذات وفقا لرغبات الساحر فإن رجل الدين يسترحم الآلهة دون فرض أو إكراه فهو يطلب الرحمة والمغفرة كي تصفح عنه الآلهة. ولذلك توجد فى كل الديانات دائما أنواعا من المثالية الروحية التي تتجلي في القرب من الله بالتسابيح والعبادة والأضحيات والأماني والنذور وهذه تعد مظاهر دينية خالصة وبعيدة كل البعد عن السحر وظواهره وتجاريه التي لا تتجه إلي الله وإنما إلي استدعاء أرواح الأسلاف والأجداد لإيقاع الأذي والضرر عن طريق ممارسة بعض الإجراءات السحرية[٢] .

(1) Lorna G.Moore, et., al ., Op ., Cit., P.202.

(٢) قبارى محمد إسماعيل ، مرجع سبق ذكره ، ص ص ٢٩٨-٣٠٨ .

٤- السحر الشعبي :

يقوم السحر الشعبي علي المعتقد المحفوظ في صدور الناس وعلي الخبرات المكتسبة التي يتم تواترها وحفظها شفاهة مثل: الجسد وما يدور حوله من معتقدات وممارسات، والتفاؤل والتشاؤم كالتفاؤل بكلمة معينة أو العزوف عن ذكر أسماء خطيرة كمرض السرطان أو غيره إيماناً بالقوة السحرية للاسم، فذكر الاسم استحضار لمضمونه واتصال بهذا المضمون [١].

وتستهدف الممارسة السحرية تحقيق رغبات الناس التقليدية المعروفة وأهمها شفاء الأمراض بمعني أن هناك بعض الوصفات والأعمال السحرية التي تنفع في علاج الأمراض مثل أمراض العيون والحمي والصرع وعلاج أمراض الأطفال ومشكلات تربيتهم كسوء الخلق أو الانحرافات أو البكاء الدائم. علاوة علي بعض الوصفات التي تستهدف إدخال السرور علي الحزين أو المسح علي رأس الغضبان لإزالة غضبه والتخلص من الأحلام المزعجة والمخيفة والإبراء من الوسواس [٢].

وليس هناك أسباب تدعو للتشكيك في فعالية بعض الممارسات السحرية ودورها في العلاج أو الإيذاء أو الضبط الاجتماعي. فتنطوي فعالية السحر علي الإيمان بالسحر الذي يتمثل في ثلاثة أوجه تكمل بعضها البعض: إيمان الساحر بفعالية التقنيات السحرية التي يمارسها، وإيمان المريض أو الضحية بقدرة الساحر، ثم توقعات وثقة الجماعة التي تعمل دائما كمجال جاذب تعرف وتقع في داخله العلاقة بين الساحر والمسحورين [٣].

---

(١) محمد الجوهرى، علم الفولكلور – دراسة المعتقدات الشعبية – جـ٢ ، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية: ١٩٩٠، ص ص١٩٥– ١٩٦ .

(٢) المرجع السابق ، ص ص ٢١٩– ,٢٢١ .

(3) Clude Levi - Strauss, "The Sorcerer and his Magic", In: Peter J. Brown, (ED.), Understanding and Applying, Medical Anthropology , Mayfield Publishing Company, London, 1998: P . 129.

وتمثل أعمال السحر والشعوذة والفودو والعرافة (التنجيم) موضوعات شعبية واسعة الانتشار، كما ينظر إليها في معظم الأحوال كموضوعات متاخمة لبعضها البعض في الدراسات والبحوث المتعلقة بالرعايه الصحية والمرض والعلاج ونظم المعتقدات. وتشير هذه النظرة إلي أن النماذج العملية والمفاهيمية للمعاني التي يتضمنها كل مصطلح من هذه المصطلحات ترتبط بإحكام بالعناصر الأخري للمجتمع. فعلي سبيل المثال: يتكامل الطب الشعبي إلي حد كبير بالتوافق مع الاتجاهات التقليدية في نموذج الاعتقاد الأسباني - الأمريكي حيث يتماشي مع نمط التوازن في الصحة الذي يمكن عزوه إلي التكيف وفقا لمفهوم التوازن الخلطي، وكذلك يقوم السحر علي أساس الاعتقاد بأن الساحر يستخدم السحر السري ضد ضحيته مثل: العين الشريرة، وهذا السحر يمكن مقاومته ومن ثم استعادة التوازن. ومع ذلك لم يتفق هؤلاء الأسبان - الأمريكان حتي بين أنفسهم عما إذا كان المعالج التقليدي (الكوراندور) يمكن أن يكون ساحراً أيضاً، ولاسيما إذا كان من الممكن الاعتراف بالسحرة (كإباحة اجتماعية) في السياق الثقافي الذي يعترف بوجود السحر علي أساس أنه اتهام[1]. وقد درس علماء الأنثروبولوجيا في محاولاتهم لفهم هذا الاتجاه السلبي كيف يمكن تعريف «الشمانية» واتهامها بالسحر بأنماط محلية من القوة والسيطرة، فالإيمان بالسحر علي سبيل المثال قد يوفر نظام الأحكام والعقوبات في المجتمعات التي تنقص فيها قوة الشرطة والقوانين المكتوبة والنظام القضائي الرسمي، كما أنه يساعد علي تحديد سبب سوء حظهم ومحنهم ونكباتهم كما أنه يدعم الديانات التي تربط الناس بعالم الروح[2].

والمعالج أو الشامان هو النظير المشابه والمقابل للساحر، فالشامان يعالج والساحر يؤذي، الأول يستعمل التأثير المهدئ للمريض والثاني يسخر التأثير المؤذي الضار.

---

(1) Lorna G. Morre, et.,al ., P. 202.

(2) Michael F. Brown, "Dark Side of Shaman", In: Peter J. Brown, (ED.), Understanding and Applying, Medical Anthropology, Mayfield Publishing Company, London, 1998 : P. 172.

والساحر يعمل في الخفاء مستخدما سهام الروح لمعاقبة أعدائه بالألم والمعاناة أما الشامان فيعمل في العلن ويستخدم سهامه الروحية لتعطيل مخططات الساحر لإحداث الألم والموت قبل الأوان(١) .

وعلي سبيل المقارنة كان يعتقد في المجتمع الأزيكتي القديم أن السحرة يشبهون إلي حد كبير مصاصي الدماء، حيث كانو يمتصون دماء الأطفال ويخيفون الناس في الليل ويتقمصون أشكال الحيوانات ولديهم القدرة علي الطيران. ويمثل الـ «فودو» أحد الأديان البدائية الشائعة في غرب أفريقيا وتطور بشكل سري وسط العبيد المنقولين إلي جزيرة هايتي وأمريكا الجنوبية ويحوي الكثير من الشعوذة والطقوس السحرية ويعد تلبس الأرواح ركنا من أركانه ، وتتزايد العضوية في هذا النظام تدريجيا وتتوجه إلي حد ما نحو تفسير رغبات الآلهة التي تعتبر نفسها معروفة بواسطة تلبس أشياعها المختارين ، وكذلك تعد العرافة نوعا من السحر يتضمن الشعوذة والتنجيم وهي على صلة بالممارسات الدينية إذ يمارسها رجل دين أو كاهن متخصص يدعي «العراف» وتقوم علي أساس أن القوي فوق الطبيعية تعطي إشارات عن إحداث المستقبل قبل وقوعها • وتركز العرافة علي تجارب فيزيقية - سحرية - غامضة بواسطة عرافين متدربين علي تشخيص حالات المرض والتنبؤ بتأثير الأحداث علي سعادة الإنسان. ويستعمل العرافون أساليب مختلفة مثل دراسة الأصوات الناتجة عن احتراق الملح أو أغصان الشجر في النار وملاحظة ماذا سيكون عليه شكل قطع صغيرة من العظام أو الحصي تلقي عشوائيا علي الأرض أو قطرات الشمع المتساقطة من شمعة محترقة أو أشكال الرذاذ أو الدوائر التي تتكون من إلقاء جسم في الماء أو أشكال ألسنة لهب النار أو حركات الطيور أثناء طيرانها، وكذلك استشارة وسطاء الوحي «عصي الاستنباء» التي تستخدم كوسيط اتصال لنقل التشخيص أو رسالة الوسيط إلي الأشخاص المعنيين(٢) .

وبصرف النظر عن كل هذه الأشكال السحريه فلا يمكن إغفال دور المعتقدات

(1) Ibid, P . 171.

(2) Larna G. Moore, et.,al., PP. 202-203.

ووسائل السحر الشعبى على الصحة والمرض سواء فى المجتمعات التقليدية أو حتي فى المجتمعات الحديثة وإن كان ذلك بنسب متفاوتة. وقد توالت الدراسات الأنثروبولوجية بعد ذلك فى مناقشة العلاقة بين المعتقدات الشعبية وتأثيرها على الصحة والمرض فى ضوء المتغيرات الهامة كالطبقة الاجتماعية والفروق الجيلية والفروق بين الريف والحضر. وانتهت إلي أن هناك تأثير واضح تمارسه المعتقدات السائدة فى الوسط الاجتماعى علي تقييم أعراض المرض وتفسير أسبابه وبالتالى علي اللجوء للخدمة الصحية الرسمية أو الشعبية . وأوضحت أن الأنساق الطبية غير الغربية توصف علي أنها أنساق شخصانية Personalistic بمعني أن تفسيرها لأسباب المرض تتركز أساساً حول بنية المجتمع بما فيها من مؤثرات وضغوط فى علاقات الناس كالغيرة والتنافس، وأنها تفسيرية Incerpretativea لأنها تبحث عن تفسير سوء الحظ(المرض) بدلاً من الكشف عن سببه الفيزيقى(١) .

٥- الطقوس :

عرف لودون (Loudon)(٢) الطقوس بأنها مظاهر من السلوك والفرائض الشكلية التكرارية بمعني مظاهر تقاليد معينه ليس لها نتائج تكنولوجية مباشرة، وهي تعبيرات رمزية بمعني سلوك أو أفعال تحكي شيء عن شأن من الشئون وخاصة عن الأحوال الاجتماعية لهؤلاء الذين يشاركون في هذه الطقوس. والطقوس بالمعني الاجتماعي تعبر عن وتجدد بعض القيم الأساسية لذلك المجتمع وخاصة تلك التي تتعلق بعلاقة الإنسان بالإنسان والإنسان بالطبيعة والإنسان بعالم ما وراء الطبيعة وكذلك العلاقات التي تعد مكملة لوظائف أي جماعة إنسانية. ويري (Turner)(٣) وظيفتين للطقوس هما :

---

(١) علي المكاوي، الأنثروبولوجيا الطبية - دراسات نظرية وبحوث ميدانية، مرجع سبق ذكره، ص ٦١ .

(2) Loudon J. B.. "Prirate Stress and Public, ritnal", Qudted In: Cecil Helman, Health and Illness, op., Cit., p.123.

(3) Turner V. W., "The Drums of Affliction", Quoted In: Cecil Helman, Health and Illness, op., Cit., p. 124.

أ - **الوظيفة التعبيرية** : التي تصور بعض القيم الأساسية والتوجهات الثقافية في شكل رمزي، بمعني أنها تعبر عن هذه القيم الأساسية في شكل مثير وتنقلها إلي كل المشاركين والمشاهدين.

ب- **الوظيفة الإبداعية** : التي يدرك الناس من خلالها حقيقة البديهيات الواقعة تحت بناء المجتمع والقوانين الطبيعية والنظم الأخلاقية، ومن ثم فهي تعيد صياغة بعض قيم ومباديء المجتمع علي أسس متسقة وسلوك أفراد المجتمع تجاه الآخرين والآلهة والقوي فوق الطبيعية وتساعد علي إحياء وإنعاش عقول المشاهدين ورؤيتهم الجماعية للعالم .

وتتحقق هاتان الوظيفتان بواسطة استعمال الرموز التي تتضمن بعض الأشياء الموحدة من ملابس وحركات وإشارات وكلمات وأصوات وأغاني وموسيقي وروائح بالإضافة إلي الشكل المرتب الثابت الذي يظهر به المشاركون فيها. والرموز الطقوسية لها دور هام في حفظ ونقل المعلومات عن المجتمع كما أنها تعمل علي الكشف عن معنيين متناقضين أو تقوم بربط المراحل الفسيولوجية والاجتماعية للحياة الإنسانية .

وهناك أنواع كثيرة من الطقوس أهمها :

أ- الطقوس التقويمية :

وهي التي تمثل احتفالات بالتغيرات في الدورة الكونية مثل تغيرات الفصول والأعياد والمهرجانات وتستخدم الرموز في مثل هذه الطقوس لربط الأبعاد الكوزمولوجيه (الكونية) والاجتماعية وللمساعدة في تقوية وتجديد النظام والقيم الاجتماعية للمجمتع .

ب- طقوس التحول الاجتماعي :

وتتعلق بالتغيرات التي تحدث في دورة الحياة الإنسانية وبالتغيرات في الأوضاع الاجتماعية داخل المجتمع من خلال ربط النواحي الفسيولوجية بالمظاهر الاجتماعية في حياة الفرد مثل الطقوس المرتبطة بالحمل والولادة وسن البلوغ

والحيض وحفلات الزفاف وتشييع الجنائز والأمراض الشديدة• كما تشير هذه الطقوس إلي انتقال الفرد من حالة إلي حالة أخري مثل من زوجة إلي أم في حالة الحمل.

كما تعد طقوس الاستشفاء أحد طقوس التحول الاجتماعي حيث يتحول خلالها الشخص المريض إلي شخص سليم ومعافي وهو ما يتضمن انسحاب المريض من الحياة اليومية بينما يتبع بعض المعالجات ويلتزم بالمحرمات وإذا ما شفي فإنه يندمج ثانيا في المجتمع من خلال هذه الطقوس•

جـ- طقوس المحن والكوارث :

وتحدث هذه الطقوس في أوقات الأزمات والكوارث غير المتوقعة مثل الحوادث والأمراض الخطيرة. ويري لودون (Loudon)أن هناك وظيفتين لهذه الطقوس الأولي ظاهرة وتتضمن حل مشكلات محددة والثانية مستترة وتنطوي علي إعادة إرساء العلاقات المضطربة بين الناس. وعادة ما تتضمن هذه الطقوس مرحلتين متتاليتين الأولي : مرحلة التشخيص أو التكهن بسبب المحنة أو الكارثة. والثانية : مرحلة معالجة آثارها وإزالة أسبابها[١] .

٦- العادات والتقاليد الشعبية:

تمثل التقاليد الشعبية والعادات الاجتماعية والفردية مجالاً كبيراً من الأهمية تهتم فيه الأنثروبولوجيا الطبية بحل كثير من المشكلات الصحية، كما أنها ترتبط بالصحة والمرض وتمارس دورها في تحديد نوعية الإجراءات العلاجية ونوعية الخدمة الصحية الرسمية وغير الرسمية التي يلجأ إليها المريض، كما قد تقف في بعض الأحيان ضد فكرة اللجوء للعلاج الطبي الحديث لأنها تنسب المرض إلي ظروف مؤقتة ولا تري فيه الخطورة التي تستدعي اللجوء للطبيب[٢] .

وتتعدد وتتنوع المجالات التي تمارس فيها وظائف هذه العادات فهي تشمل العالم غير الإنساني والعالم فوق الإنساني كما تشمل حياة الإنسان نفسه سواء

(1) Cecil Heleman , "Culture, Health and Illness", Op ., Cit ., PP. 123-134.

(٢) علي المكاوي، الأنثروبولوجيا الطبية - دراسات نظرية وبحوث ميدانية، مرجع سبق ذكره ، ص ٢٥ .

البيولوجية أو الاجتماعية (الميلاد والموت والزواج والعلاقات مع الجيران والمجتمعات المحلية والقرية والمدينة ... الخ) كما تغطي حدود الزمن (كالمناسبات المرتبطة بتتابع العام والمواسم والتاريخ والذكريات)• وهناك علاقة وثيقة بين مصطلح العادة وبعض المصطلحات الأخري مثل المعتقدات والمعارف والتقاليد الشعبية فقد تكون الفروق بينهما فروقا دقيقة وأحيانا تكون فروقاً زائفة أو مصطنعة لأنها تستخدم بالتبادل وقد يحل بعضها محل الآخر[١]. ويري سابير (Sapir)أنه من الصعب أن تخضع كل هذه المصطلحات للتعاريف العلمية الدقيقة ، حيث تشترك كلها في صفة أساسية واحدة هي أنها تعبر عن مظاهر السلوك الجمعي المتكرر وأساليب الناس الجمعية في التفكير والعمل. كما أن أنواع السلوك الجمعي نفسها تمثل شكلا متصلا تتداخل أجزاؤه في بعضها البعض تداخلاً كبيراً وتتشابك تشابكاً شديداً مهما تميزت عن بعضها البعض بقصد التحليل العلمي وإزالة الغموض عن معانيها[٢] .

ولتعريف العادة كمفهوم أساسي في دراسات الحياة الشعبية ينبغي التأكيد علي عمومية العادة وعلي قوتها الملزمة وعلي أهم خصائصها وهي أنها متوارثة، بالإضافة إلي بعض الخصائص الأخري كأن تكون مفيدة أو وظيفية• فيقول مالينوفسكي(Mal-inowski)أن العادة هي أسلوب مقنن من أساليب السلوك يتم فرضه تقليديا علي أفراد المجتمع المحلي. ويقول سابير(Sapir)تستخدم كلمة عادة للدلالة علي مجموع الأنماط السلوكية التي يحملها التراث وتعيش في الجماعة وذلك علي خلاف أوجه النشاط الشخصي للفرد التي تتصف بمزيد من العشوائية. ويقول شبايزر Shpizerيجب أن لا يسمي بالعادة إلا ما كان حياً منبعثاً عن الوعي الموحد للجماعة وما يعده كل شخص من أبناء الشعب مفيداً انطلاقاً من هذا الوعي. كما أوضح ريهل (Riehl)أن السلوك يتحول إلي عادة عندما يثبت من خلال عدة أجيال ويتوسع وينمو ومن ثم يكتسب سلطانا[٣].

---

(١) محمد الجوهري ، علم الفولكلور، الأسس النظرية والمنهجية ، جـ١ ، مرجع سبق ذكره ، ص ١١١ .

(٢) فوزيه دياب ، القيم والعادات الاجتماعية – مع بحث ميداني لبعض العادات الاجتماعية ، دار النهضة العربية، بيروت: ١٩٨٠، ص ١٠٤ .

(٣) سعاد عثمان، وآخرون، العادات والتقاليد والمعارف الشعبية ، مرجع سبق ذكره ، ص ٧٩ .

وقد أضفي البعض علي العادة صفة «الشعبية»بينما أضفي عليها البعض الآخر صفة «الاجتماعية» كما أطلق عليها بعض ثالث «العادة الاجتماعية الشعبية» وعلي الرغم من هذه الاختلافات التي لا تعدو أن تكون اختلافات لفظية في تعريف العادة فهي كلها تتفق في المضمون والمعني .

أما من حيث أهمية العادات الاجتماعية فهي بمثابة الدعائم الأولي التي يقوم عليها التراث الثقافي في كل بيئة اجتماعية، كما أنها الأصول الأولي التي استمدت منها النظم والقوانين عادتها وأنها القوي الموجهة لأعمال الأفراد والجماعات، حيث لا يمكن تصور قيام أي مجتمع منظم دون عادات اجتماعية. فهناك طائفة من الممارسات والأفعال والإجراءات والطرق تنشأ في كل جماعة من الجماعات ويزاولها الأفراد لتنظيم أحوالهم والتعبير عن أفكارهم وما يجول في مشاعرهم وتحقيق الغايات التي يسعون إليها، وهم في ذلك يتجنبون الأفعال المؤلمة والمضرة أو الفاشلة ويكررون الأفعال التي تحقق لهم أغراضهم وسعادتهم ورفاهيتهم ومن ثم تصبح عادات أصيلة وأعرافاً يعتزون بها وقواعد ملزمة بعد أن تترسخ وتستقر في عقول الأفراد وفي شعور الجماعة ، وبالتالي تمثل أهم عوامل التنظيم والضبط في علاقات الأفراد داخل المجتمع وداخل الهيئات الاجتماعية الخاصة(١) .

كما تمثل العادات ألواناً من التراث الاجتماعي حيث تمد الفرد بسلسلة متكاملة الحلقات عن مشكلات انتهت الثقافة من حلها من خلال أجيال سابقة(٢). وهي كذلك ظاهرة أساسية من ظواهر الحياة الاجتماعية الإنسانية وحقيقة أصيلة من حقائق الوجود الاجتماعي وتؤدي وظائف اجتماعية هامة عند الشعوب البدائية وعند الشعوب المتقدمة وفي حالات الاستقرار وفي حالات التحول والاضطراب والانتقال ، ولذلك من الخطأ الاعتقاد بعدم وجودها إلا في التقاليد الموروثة فقط ومن العبث أيضا قصر تفسيرها في حدود صورها القديمة وأصولها الغابرة وذلك لأنها ظاهرة تاريخية ومعاصرة

(١) فوزيه دياب، مرجع سبق ذكره ، ص ص ١٠٧ – ١٠٨ .

٢) موزه غباش، سوسيولوجيا العادات والتقاليد فى مجتمع الإمارات، دار القراءة للجميع للنشر والتوزيع، دبى: ص ١٠.

في نفس الوقت وتتعرض لعملية تغير دائم يتجدد بتجدد الحياة الاجتماعية واستمرارها[١] .

وهناك علاقة وثيقة بين هذه العادات والصحة والمرض فعادات أبناء الريف المصري كالاستحمام في الترع والنزول إلي المصارف والقنوات ومستنقعات الماء الآسن حفاة الأقدام ترتبط بمرض البلهارسيا، كذلك تعوّد الريفيات علي غسيل الأواني والملابس والخضروات في مياه الترع. كما تحدد العادات أيضا كيفية الإعلان عن المرض وأساليب التعبير عنه وتحديد الطرق العلاجية الأساسية والبديلة في مواجهة المرض وهو ما يوضح دور العادات الفردية والاجتماعية في تقييم مدي خطورة المرض. كما تمثل العادات المتعلقة بصحة الأم وطفلها والعادات الغذائية أكثر العادات الشعبية أبرازاً لطبيعة العلاقات بين العادات الاجتماعية والصحة والمرض[٢] .

ومن مميزات العادات الاجتماعية الشعبية في جميع الثقافات وخاصة الثقافات البدائية أنها تتصل بنواحي أسطورية وعناصر سحرية وخرافية كالخوف من المبيت في منزل مهجور خشية الأرواح المحبوسة والحرص علي ألا ينام الطفل في حجرة بمفرده أو في مكان مظلم خشية الجان. ويعرض رادفورد (Radford)وزوجته بعض الأفعال الخرافية التي كانت تراعي عند كثير من الأقوام أثناء ولادة الطفل كفتح كل قفل وفتح الأبواب لتسهيل الولادة وتسهيل مرور الطفل إلي العالم الخارجي – ومازال الكثير من المصريين خاصة في الريف المصري يعتقدون في هذه الأفعال إذ يرفعون الأغطية عن الأواني ويفكون العقد المربوطة ويفتحون النوافذ لتسهيل عملية الولادة[٣] .

وهناك دور آخر للعادات الشعبية ينبغي التأكيد عليه وهو ضرورة الحصول علي الدواء عند اللجوء للطبيب بمعني حرص المريض علي أن يصف له الطبيب دواءاً أو

(١) محمد الجوهري ، علم الفولكلور – الأسس النظرية والمنهجية، جـ١ ، مرجع سبق ذكره ، ص ١٠٥ – ١٠٦ .

(٢) علي المكاوي، الأنثروبولوجيا الطبية – دراسات نظرية وبحوث ميدانية، مرجع سبق ذكره ، ص٥٦ – ٥٨ .

(٣) فوزيه دياب ، مرجع سبق ذكره ، ص١٢٣ – ١٢٤ .

عـلاجـاً من أي نوع لإرضـائه لأن تـأثيـر الثـقـة في هذا الدواء يلعب دورا بـارزاً في الرعاية الصحية وفي العلاج النفسي للمريض. وفـي المجتمع القروي المصري يوقن الفلاحون أن الطب والدواء هما الأدوات الأساسية في يد الطبيب وبالتالي يمكن تقييم الوحدة الصحية في ضوء كمية الدواء المتوفر بها كما أن سمعة الطبيب ترتبط بقدرته علي الحصول علي الأدوية من المخازن المركزية وبمدي كرمه في وصفها وتوزيعها علي المرضي وتأتي الحقن في المقدمة يليها الدواء السائل خاصة إذا كان مقبول الطعم حلو المذاق أما الحبوب المغلفة فهي أكثر قبولا من الحبوب المكشوفة[1] .

٧- الصحة والمرض والعلاج من منظور المعتقدات الدينية والرموز الطقوسية :

لقد كان لكل نوع من المجتمعات أشكال مميزة من المرض علي مدي التاريخ، فقد استبدلت أمراض مثل مرض الطاعون الخطير في العصور المظلمة والبلاء في عصر النهضة الأوروبية بأمراض أخري مثل الأنفلوانزا والسرطان في العصر الحديث، غير أن كل مجتمع هو الذي يحدد طريقته الخاصة في الاستجابة للمرض في زمـانه ومكانه ، فلكل من الكهنة والشـامـان والعـرافين والسـحـرة والأطبـاء والروحانيين والكوراندور والغورو (المعلم الروحي في الهندوسية) مهمته في استجابات المجتمعات للمرض كحالة باثولوجية أو للمرض بمعني طريقة الاستجابة الشخصية للمريض. وبالتالي تضفي كل ثقافة شكلاً فريداً علي رؤيتها للسلامة والصحة[2] . كما أن نماذج المعتقدات الثقافية بالنسبة للصحة والمرض تصلح كمباديء أساسية لكل أشكال الرعاية الصحية، ولفهم لماذا يعالج أحد أفراد المجتمع نفسه من جرح مفتوح عن طريق حشوة بروث البقرة في حين يستعمل الآخر محلول الكبريت ، فإن الأمر يحتاج لفهم عميق لنماذج ومعتقدات كل مجتمع . فالتعويذات والطقوس تختلف معانيها باختلاف الجماعات كما أن تنوع المعتقدات الثقافية يظهر التكيفات والقدرات الهائلة للجنس البشري من الناحية التطورية أو البيئية بشكل واضح[3] .

---

(١) علي المكاوي، الأنثروبولوجيا الطبية – دراسات نظرية وبحوث ميدانية، مرجع سبق ذكره ، ص٥٩ – ٦٠ .

(2) Lorna G.Morre , et.,al ., Op .,Cit., P. 200.

(3) Idem.

وتلعب المعتقدات الدينية دوراً كبيراً في الارتباط بين المعايير الاجتماعية في المجتمع وبين تنسيب المرض إلي القوي المكلفة بالحفاظ علي هذه المعايير في غياب الآليات الرسمية للضبط الاجتماعي (الشرطة والجيش والمحاكم والقضاه) حيث تنسب الأمراض في هذه المجتمعات لأعمال السحر والشعوذة التي تعد آلية للمحافظة علي النظام الاجتماعي بين الناس. وقد ظهر هذا الارتباط في دراسة وايتنج(Whiting) التي انتهت إلي أن تنسيب المرض إلي السحر والشعوذة في المجتمعات التي تغيب فيها آليات الضبط الاجتماعي تكون أكثر تكراراً من المجتمعات الأخري التي يوجد فيها هذه الآليات ،كما أن الأمراض التي ترتبط بخلافات اجتماعية بين أفراد المجتمع والتي لا يعهد بها إلي وكلاء الضبط الاجتماعي تعد شكلاً من أشكال العقوبة التي تفرض بواسطة السحر والشعوذة بمعني أن السحر والشعوذة تملآن الفراغ في غياب آليات الضبط الاجتماعي في المجتمعات(١) .

وتدل الشواهد الأثنوجرافية علي العلاقة الوثيقة التي تربط بين الدين والصحة والمرض منذ العصر الإغريقي حتي الآن فقد تجسدت نظرة الإغريق إلي الصحة في عباداتهم الدينية ولاتزال تتجسد حتي اليوم في زياراتهم للأضرحة المشهورة وتقديسهم لها مثل أضرحة

«ديلفي» و«ديلوس» و«أوليمبيا » التي تؤكد علي وجود فكرة «الإنسان الكامل» روحياً واجتماعياً وفيزيقياً. كما اصطبغت الخدمات الصحية بالصبغة الدينية حيث كان «البيمارستانات» هي المسئولة عن العناية بالمرضي في العصور الإسلامية وكان الدين الإسلامي هو الموجه الأول لأداء هذه الخدمات فضلا عن الأوقاف التي كانت توقف للإنفاق علي رعاية المرضي وعلاجهم، كما اهتمت الديانة المسيحية والكنيسة بالاهتمام بالمرضي ورعايتهم بالأديرة والمستشفيات(٢) كما يمكن أن تستنبط رموز نماذج المعتقدات الدينية وفقا للمناطق الثقافية حيث تقوم علي التاريخ الإثنوجرافي منذ عام ١٦٠٠ بعد الميلاد وتتمثل في «التوحيدية» في الإسلام والمسيحية واليهودية

(1) Arthur . J . Rubel and Michael R. Hass, Op., Cit., PP . 115 - 116 .

(٢) علي المكاوي، الأنثروبولوجيا الطبية – دراسات نظرية وبحوث ميدانية، مرجع سبق ذكره ، ص ٦٩ .

و«الأوليمبية» في إفريقيا الوسطي و«المشاعية» في جرز المحيط الهادي و«الشمانية» في المناطق القطبية وهذه الأخيرة توضح التفاعل بين المعتقدات الدينية والمعتقدات الصحية(١).

والسؤال الذي يثور هنا كيف تصل المجتمعات لنماذج معتقداتها عن الصحة والمرض، وكيف تتعرف علي أسبابها ، ففي معظم الأحوال تحتاج عملية أو عرض باثولوجي معين – مثل الانتفاخ أو تغير اللون أو النقص في الإحساس بالأداء الوظيفي الكامل كقوة الإبصار – إلي أن تفسر داخل سياق ثقافي فالمجتمعات التي لا تستخدم الطرق العلمية قد تستخدم مفاهيم دينية أو سحرية لتساعد في تعيين حدود وأسباب وقياسات الحالة ومن ثم تصل إلي أسباب المرض. أما في الطب العلمي الحديث فتحدد أسباب المرض من خلال المعرفة القائمة علي اختبار فرضيات بطرق علمية مثال : يمكن أن يعلل سبب التهاب الحلق بأنه نتيجة لعدوي مباشرة باللوزتين والغشاء العلوي للحلق بالبكتيريا العنقودية، حيث يري السبب القريب أو المباشر كشيء باثولوجي باطني. أما في النظم الأمية فمن الممكن أن يري السبب كشيء بعيد مثل: الصراع بين الجيران والطمع وإنزال البلاء بواسطة السحر. ونتيجة للنقص في المعرفة بعلم التشريح ووظائف الأعضاء فإن سبب المرض يري بصفة عامة بسبب حدوث شيء خارجي عن الجسم. ومع أن العلاج يستهدف السبب المفترض في الحالة في كل من المجتمعات المتقدمة أو الأمية فإن المعالج في الطب العلمي يحاول القضاء علي العدوي باستخدام العقاقير أو بالتغذية أو بالتدخل الجراحي، أما المعالجون الشعبيون فيحاولون تسكين الألم وتخفيف تأثيرات السحر والأرواح أو العلاقات الاجتماعية المتوترة(٢).

ولا يزال الاعتقاد في الأولياء واللجوء إلي الأضرحة يعتبر مصدراً دينياً هاماً في تفسير أسباب المرض . حيث يقصدها الناس التماسا للشفاء من أنواع متعددة من الأمراض مثل العقم وكافة المشكلات المتعلقة بالخصوبة والحمي بأنواعها والأمراض

(1) Lorna G . Moore, et ., al ., Loc., Cit.,

(2) Ibid ., P 201.

الجلدية والعصبية والنفسية وأمراض العيون ٠٠٠٠ الخ ٠ كما أنه من المعروف أن هناك نوعاً من التخصص بين الأولياء في علاج الأمراض فمنهم من يتمتع بشهرة خاصة في علاج مرض معين وإن كان ذلك لايمنع من إلتماس الشفاء لديهم جميعا[١] .

وغالباً ما يسأل هؤلاء الذين يصابون بأمراض خطيرة أسئلة معنوية أو غيبية عن مغزي المرض والمعاناة ولماذا هم مرضي وهل هذه المعاناة عدل (جزاء مستحق) ؟ إن هذه الأسئلة تعني - بالأحكام الدينية - تبرير آلهي لوجود الأذي وفي حالة ما إذا كان هذا الأذي في صورة المرض فغالباً مايري كمعاناة خالية من الآثام والذنوب وتطرح أسئلة صعبة علي المؤمن. أما الإجابات التي يقدمها نموذج الطب الشعبي كنظام ثقافي فهي متنوعة جدا وتتراوح مابين الإيذاء من الآخرين إلي الفهم الواعي بسر الإرادة الإلهية والإيمان المطلق بالخير الآلهي٠ وغالباً ما تكون تبريرات هذه المعاناة مركبة بمعني أنها تؤدي عدة وظائف في وقت واحد فهي تحول دون التحرر والانسلاخ عن المعتقدات الدينية ، وتوفر أسس الرضاء بالمعاناة كما تقدم المعاني التي تجعل من المعاناة شيئاً صالحاً كما في ممارسة معاناة التضحية لأغراض محددة أو لتقوية وسائل التحكم والسيطرة علي المرض[٢]. وقد يستتبع ذلك ضرورة تحديد طبيعة المعاناة وارتباطها بالألم ، فكلمة المعاناة دائما ما تكون مقرونة بكلمة الألم مثل «المعاناة والألم» ولمحاولة فهم ما هي المعاناة وهل تتطلب قدرة الأطباء علي إزالتها فعلاً أن يتغلب الطب علي الانقسام بين العقل والجسد والانقسامات الأخري المصاحبة بين الذاتي والجسمي والذات والجسم، والإجابة علي هذا التساؤل تكمن في النقاط التالية :

١- إن المعاناة تدرك بواسطة الشخص وفي حالة الانفصال بين العقل والجسم فإن مفهوم الشخص أو صفة الشخص ترتبط تبعا لذلك بالعقل والروح والجسم. ومع

---

(١) محمد الجوهري ، علم الفولكلور - دراسة المعتقدات الشعبية ، جـ٢ ، مرجع سبق ذكره ، ص٩٠ - ٩١ .

(2) David Hufford , " Folk Medicine and Health Culture, In Contemporary Society", Primary Care, 1997: 24(4), P. 729.

ذلك فالشخص ليس مجرد عقل فقط ولا مجرد المعرفة الروحية أو الجسمية فقط، فصفة الشخص لها العديد من المظاهر وأن عدم المعرفة بها تساهم في معاناة المرضي، كما أن فهم حالة الشخص في المرض الإنساني تقتضي رفض الثنائية التاريخية للعقل والجسم ·

٢- والنقطة الثانية تشتق من تفسير الملاحظات الإكلينيكية ، فالمعاناة تحدث حينما يشعر الشخص بأن الهلاك علي وشك الحدوث ، وتستمر هذه المعاناة حتي يزول التهديد بالهلاك أو إلي أن تستعاد سلامة الشخص ببعض التصرفات الأخري · وعلي الرغم من أن المعاناة تحدث غالبا في وجود ألم شديد وعجز في عملية التنفس أو وجود أعراض جسمية أخري ، فإنها تمتد بعد ذلك إلي ما وراء الناحية الجسمية. ومن ثم يمكن أن تعرف المعاناة بصفة عامة بأنها حالة من الألم الشديد المرتبط بوقائع تهدد سلامة الشخص ·

٣- النقطة الثالثة هي أن المعاناة قد تحدث في أي جانب بالنسبة للشخص سواء كان ذلك في نطاق الوظائف الاجتماعية أو اندماجه مع الجماعة أو في العلاقة مع النفس أو الجسم أو العائلة، أو في العلاقة مع ما وراء الشخص أو مع مصدر غامض(١) .

وقد اهتمت كل المجتمعات البشرية بتفسيرات «المعاناة»، حيث تتضمن الموروثات التقليدية شرح هذه المصطلح في نظريات العدالة الآلهية والذي يعود إلي عام ١٧١٠ عند ليبنز (Laipens) بمصطلح «نقمة آلهية»، إلي ماكس فيبر(Max Weber)عام ١٩٦٣ حين صاغ هذه المشكلة تصنيفاً في إطار نظرياته لمنطق وتقسيم المعتقدات الدينية وشعر بأن المنطق العقلاني لفكرة الإله الواحد أدت إلي ضغط هائل علي تطور النظريات التي يمكنها شرح التوزيع غير العادل للمعاناة في العالم. وتبدو مشكلة المعاناة في أن التحدي الذي يواجه الأديان لا يكمن في تجنب المعاناة ولكن في كيفية تحمل المعاناة ، فالمعاناة

(1) Cassel E. J., " The Nature of Suffering and The Gools of Medicine", In: Gail E Henderson and et., al., (Editors), "The Social Medicine Reader", Duke Unversity Press, London, 1998: PP. 13 - 15.

- كما يري ماكس فيبر (Max Weber) ضرورية للقصد النهائي في حياة الجماعة، وتسمح الرموز الدينية لألم المعاناة بأن يتخذ معني يستحق معه أمل الثواب، ويتحول الألم الشخصي لوعي منفرد إلي شيئ يتسم بالمشاركة الجماعية. كما تعد المعاناة أيضاً وسيلة تربوية، حيث قام كلاسترس (Clastres) بفحص نوع من ممارسة المعاناة في المجتمعات البدائية أطلق عليه «التعذيب» يشير إلي طقوس التحول والانتقال التي تحدد دخول الشاب الصغير إلي مرحلة البلوغ واستنتج أن المعاناة في المجتمع البدائي هي أساس طقوس الإعداد للمستقبل كما يذهب إلي ما هو أبعد من ذلك قائلاً أنه بعد إتمام الطقوس يتبقي أثر علي الجسد والرجل الذي خاض مرحلة الإعداد يصبح هو البطل الحائز علي الأثر، ويصبح الأثر عائقاً أمام النسيان بمعني أن الجسد يصبح الذكري الماثلة من خلال تسجيل الألم، ومن ثم تعد هذه الطقوس بمثابة تربية لتأكيد الذات بدون حوار وانضواء الصغار في عضوية الجماعة[١]. ومن الأمور الشيقة في هذا الصدد المقارنة بين ماكس فيبر ودوركايم حول كيفية تمثيل الألم كوسيط يتم من خلاله خلق الذاكرة وبواسطته يرسخ المجتمع هيمنته فوق أعضاؤه فالأول يراه من خلال المكانة المخصصة للجسد في الترسيخ الداخلي لقانون المجتمع خلال فرض الألم علي الأفراد، والثاني يراه من خلال قيام المجتمع بتلقين الألم كوسيلة شرعية خاصة بالمجتمع ذاته[٢].

وتقوم الطقوس بعدة وظائف بالنسبة للشخص المريض أو بالنسبة للمجتمع وذلك تبعا لرؤية المرء لها، وتتمثل هذه الوظائف في ثلاثة مجموعات متداخلة هي:-

أ - الوظائف النفسية :

تقدم الطقوس طريقة موحدة لتفسير المجهول والسيطرة عليه في حالات المحن غير المتوقعة أو المرض فالهجوم المفاجيء للمرض يسبب شعوراً بالقلق والغموض للمريض ولعائلته ... ماذا حدث؟ ولماذا حدث ذلك؟ وهل هو شيء خطير ؟ وتقديم تفسيرات للمرض من وجهة النظر الثقافية للمريض هو جانب من وظيفة طقوس

(١) ثيناداس ، المعاناة وأوجه العدالة وممارسات فروع المعرفة والتخصص، ترجمة حمدى الزيات، المجلة الدولية للعلوم الاجتماعية، إصدارات اليونسكو، ديسمبر، ١٩٩٧، العدد ١٥٤، ص ص ١٧١ - ١٧٣ .

(٢) المرجع السابق ، ص ١٧٣ .

العلاج ، بمعني أنها تحول اضطراب الأعراض والعلامات إلي حالة مدركة ومعترف بها ثقافياً لها اسم وسبب معروف وبهذه الطريقة تخفض القلق والغموض لدي المريض وعائلته بالتحول من المجهول إلي المعلوم، كما تقلل حالة القلق أيضا أثناء التغير الفسيولوجي مثل حالات الولادة ، كما تزود بأسلوب موحد من السلوك أثناء الأزمات (الفواجع) يساعد علي التخفيف من الإحساس بالقلق والخسارة.

ب- الوظائف الاجتماعية:

تتداخل الوظيفة الاجتماعية مع الوظيفة النفسية وخاصة في المجتمعات الصغيرة الحجم حيث تهدد النزاعات الشخصية تماسك الجماعة • فحينما ينسب المرض إلي النزاعات الشخصية يمكن للجماعة أن تستخدم المحن لإلقاء هذه النزاعات إلي عرض البحر ووضع حلولاً لها• وهذه سمة المجتمعات التي ينسب فيها المرض إلي الأحقاد والضغائن بين الأشخاص كالسحر والشعوذة، فالمرض يؤدي إلي الرعاية الوقتية للمريض من قبل الجماعة المحيطة به وإلي نسيان الخصومات ولو مؤقتاً .

جـ- الوظائف الحمائية (الوقائية) :

ويمكن للطقوس التي تتعامل مع المريض أن تحمي المشاركين فيها بطريقتين : إما نفسيا أو فيزيقيا، فمشاهدة الطقوس يمكن أن تحمي الشخص المريض أو الشخص الضعيف من الأخطار الجسمية مثل التعرض للعدوي – في حالات الحمل والولادة وما بعد الولادة – حيث تحمي المرأة وطفلها من مصادر التلوث والعدوي والإصابة خاصة إذا تضمنت هذه الطقوس انسحابهم من الحياة الاجتماعية العادية. كما أن عزل الشخص المريض الذي يعد جزءاً من طقوس التحول الاجتماعي قد يحد من انتشار الأمراض المعدية داخل الجماعة[1] .

وقد قدم كلينمان (Kleinman)من خلال طقوس الشفاء الاجتماعي الموحدة في كل مجتمع نموذجا للمعاناة كإنتاج اجتماعي بمعني تجميع لمشاكل بشرية تعود

(1) Cecil Heleman , "Culture, Health and Illness", Op ., Cit ., PP. 134 - 138.

بجذورها وآثارها إلي الأضرار المدمرة لتجربة الحياة الإنسانية بفعل القوة الاجتماعية. ويسعي الأفراد من خلال الحياة الاجتماعية نحو فهم تجاربهم والعمل علي شفائهم من علل الحياة • ويظهر ذلك من خلال دور الحكماء والكهنة ورجال الطب الشعبي والأطباء من تقديم المساعدة لضحايا الحروب والكوارث والثورات والفيضانات والمجاعات والأوبئة والذي يعتبر بمثابة شهادة مؤثرة في طريقة معالجة المعاناة الناشئة عن أحداث الحياة اليومية(١).

ويوضح تورنر (Turner)دور الألوان في نماذج الطقوس في أفريقيا وحول العالم حيث يري أن الألوان الثلاثة: (الأبيض والأحمر والأسود) بمثابة اختصار أو إيجاز لجميع مجالات الخبرة النفسية - البيولوجية المشتملة علي السبب وكل الأحاسيس والتي تتعلق بالعلاقات الاجتماعية للجماعة في المجتمعات البسيطة، وهو يزعم أن رمزية اللون تعتبر شيء أساسي بالنسبة للتصنيف الاجتماعي البشري(٢) .

كما يصف هاريت نجوبان (Harriet Nguban)الرموز المستعملة في طقوس العلاج بواسطة قبائل الزولو في إفريقيا الجنوبية حيث يتم تعريف الأدوية بإضفاء الألوان علي الأدوية بدلا من خصائصها العقاقيرية التي تعد أهم خاصية بالنسبة للأدوية. وهكذا تظهر أهمية رمزية اللون في الأدوية التي تستخدم في الأغراض الوقائية أو في معالجة الأمراض التي يعتقد أن مصدرها أسباب فوق الطبيعية • فالأدوية تقسم في ثلاث مجموعات: الأسود والأحمر والأبيض وكل لون يرتبط بمجموعة من المعاني والدلالات الفسيولوجية والاجتماعية والكوزمولوجية (الكونية) •

فاللون الأسود يعبر عن وقت الليل والظلمة والقذارة والتلوث والبراز والموت والخطر: والقذارة والموت تري كعوامل اجتماعية بعيدة عن اللقاءات الاجتماعية الطبيعية ، كما يمثل الليل أيضا الوقت الذي لا يمكن أن يري فيه الناس أو عندما ينسحبون من أنشطتهم الاجتماعية العادية وفيه يصبح المرضي أشد مرضاً وأشد سحراً

(١) ثيناداس ، مرجع سبق ذكره ، ص ١٨٢ .

(2) Michael Banton , Loc ., Cit .

وفيه أيضاً تزور أرواح الأسلاف أبناءهم في الأحلام ، حتي اليوم فهو نقطة اتصال بالموت ويعتبرونه موتاً مصغراً يأخذ الشخص بعيدا عن حياة النهار الواعية .

وعلي العكس يرمز اللون الأبيض إلي الأشياء الجيدة في الحياة مثل الصحة الجيدة والحظ السعيد ويمثل ضوء النهار والأحداث التي تقع خلاله مثل تناول الطعام والتفاعلات الاجتماعية، فالناس مشاركون في الحياة الاجتماعية خلال النهار ويعيشون حياتهم ويرون بوضوح ولايشعرون بالخطر، ومن ثم فاللون الأبيض يمثل القيم الاجتماعية للحياة وتناول الطعام والرؤية والوعي والإدراك.

ويرمز اللون الأحمر إلي حالات الانتقال بين الأسود والأبيض مثل غروب الشمس أو شروقها بين النهار والليل كما يمثل موقعاً وسطاً أكثر خطورة قليلاً من الأبيض وأقل من الأسود. كما أنه يرمز إلي حالات أخري من الانتقال أو التحول مثل النمو والتجديد والنهضة وكذلك الارتباط بالدم كما في حالات الولادة أو الإصابات القاتلة.

ويهدف المعالج في قبائل الزولو حين معالجته للشخص المريض إلي استعادة صحته التي يراها في التوازن بين الشخص وبيئته ، ويتحقق ذلك بطرد كل ما هو ضار بالجسم واستعمال الدواء الأسود والأحمر ثم تحصينه بالأدوية البيضاء (ودائما تستعمل الأدوية بنظام ثابت الأسود فالأحمر فالأبيض وهذا يعني تحقيق الانتقال من حالة المرض إلي حالة الصحة ومن ظلمة الليل إلي وضوح النهار ومن الموت إلي الحياة ومن الخطر إلي الأمان ومن السلوك اللا اجتماعي إلي السلوك الاجتماعي) . وكما يقول نجوبان (Nguban)أن النهار يمثل الحياة والصحة الجيدة وأن المرض شيء باطني غامض يشبه التحول عن ضوء النهار نحو ظلام الليل أو غروب الشمس ، ويسعي المعالج لإخراج المريض من هذه الظلمة الغامضة بواسطة إستخدام الدواء الأسود ، ثم بواسطة الدواء الأحمر أثناء غروب الشمس ثم يعود إلي الحياة وضوء النهار بواسطة الدواء الأبيض [١] .

(1) Cecil Heleman ," Culture, Health and Illness", Op ., Cit , PP. 127 - 128.

٨- النظرة الاجتماعية - الثقافية للجسد:

يمثل الجسم البشري بالنسبة للأفراد في كل المجتمعات أكثر من مجرد عضو فيزيقي يتأرجح بين الصحة والمرض، حيث يعد كذلك محور المعتقدات بشأن أهميته الاجتماعية والنفسية وتركيبه وبنائه وأدائه لوظائفه. وقد استخدم مصطلح «صورة الجسد» لوصف كل الطرق التي يكوّن بها الفرد مفهوما عن جسده ويشعر به سواء بوعي أم بدون وعي. ويتضمن ذلك - في تعريف فيشر (Fisher) مواقفه الجمعية والأحاسيس والتخيلات عن جسده بالإضافة إلي الأسلوب الذي يتعلم الشخص من خلاله تنظيم وتكامل خبراته الجسدية ومن ثم فإن صورة الجسد هى شيء يكتسب بواسطة الشخص فى عائلة أو في مجتمع معين، وذلك علي الرغم من وجود اختلافات في هذه الصورة داخل المجتمع الواحد [١] .

كما تعد دراسة الجسد من الموضوعات الملائمة للتحليلات الأنثروبولوجية حيث تنتمي إلي المحاور التي تحدد هوية الإنسان ، فلن يكون الإنسان علي ما هو عليه بدون هذا الجسد الذي يعطيه وجهه وستكون حياته اختزالا مستمراً للعالم في جسده عبر الرمز الذي يجسده. فوجود الإنسان هو وجود جسدي كما أن المعالجات الاجتماعية والثقافية والصور التي تعبر عن العمق الإنساني الكامن فيه والقيم التي تميزه تدور كلها حول الشخص وحول المتغيرات التي يمر بها تعريفه وأنماط وجوده وبنيته الاجتماعية[٢] .

ونظراً لأن الجسد يوجد في العمل الفردي والجماعي وفي الرمزية الاجتماعية، الأمر الذي يقتضي دراسة العلاقة بين هذه المستويات الثلاثة للجسد لفهم الثقافات والمجتمعات ومدلولات الصحة والمرض:

أ. المستوي الأول: والأكثر بداهة وهو الجسد الفردي والذي يفهم بالإحساس الظاهري الفينومينولوجي للتجربة الحية للجسد ذاته ، حيث يفترض منطقياً

(1) Ibid ., P. 7 .

(٢) دافيد لوبروتون ، انثروبولوجيا الجسد والحداثة ، ترجمة محمد عرب صاصيلا ، المؤسسة الجامعيه للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت: ص ٥ .

أن كل الناس يشتركون – علي الأقل – في الإحساس البديهي بالذات المجسدة كوجودها مستقلة عن الأجساد الفردية الأخري ، وذلك علي الرغم من وجود اختلاف شديد بين الأجزاء التي تكون الجسم مثل العقل والمادة والنفس والروح والذات وعلاقتهم ببعضهم البعض وكذلك الطرق التي يشعر من خلالها الجسد بالصحة والمرض .

ب . **المستوي الثاني** : وهو الجسد الاجتماعي والذي يشير إلي الاستخدامات التصورية للجسد كرمز طبيعي تدرس من خلاله ثقافة وطبيعة المجتمع . وهنا يعرض الجسد نموذج للتكامل العضوي في حالة الصحة ، أما في حالة المرض فهو يعرض نموذج للتنافر والصراع والتفكك الاجتماعي – وبالمقابل يعرض المجتمع في حالة الصحة وفي حالة المرض نموذج لفهم الجسد .

ج . **المستوي الثالث** : وهو الجسد السياسي الذي يشير إلي الانضباط والرقابة وإدارة الجسد الفردي والجماعي في التكاثر والجنسانية والعمل والفراغ والمرض وهناك أنماط كثيرة من أشكال الحكم تتراوح من التجمعات التي ليس لها زعيم في المجتمعات البسيطة للبحث عن الطعام والتي يتم فيها اهمال المنحرفين أو معاقبتهم بطريقة أخري بنبذهم من المجتمع الكلي والذي يؤدي إلي الموت، ومرورا بمنصب شيخ القبيلة والحكومات الملكية والأوليغاركية (حكم الأقلية) والديموقراطية والديكتاتورية الحديثة ، حيث يقوم استقرار الجسد السياسي في كل هذه النظم علي القدرة في تنظيم الأفراد (الجسد الاجتماعي) وكذلك ضبط وتهذيب الأجساد الفردية[1] .

كما تنقسم مفاهيم صورة الجسد بصفة عامة في ثلاثة منظومات من المعتقدات هي :-

(1) Margaret Lock and Nancy Scheper , "A Critical - Interpretive Approach in Medical Anthropology: Rituals and Rontines of Discpline and Dissent ", In: Carolyn F. Sargent and Thomas M. Johnson, (Editors), Medical Anthropology Contemporary Theory and Method" Westport, Connecticcut, London , 1996 : PP. 45 - 46.

* المعتقدات حول الحجم والشكل الأمثل للجسد بما في ذلك الملابس ووسائل تزيين مظهره الخارجي ·

* المعتقدات حول التركيب البنيوي للجسد·

* المعتقدات حول طريقة أداء وظائفه·

وتتأثر كل هذه المعتقدات الثلاثة بالخلفية الثقافية ، كما أن لها تأثيرات هامة علي صحة الفرد[1].

إن مفاهيم الجسد تخضع لمفاهيم الشخص، ولذلك لا تميز المجتمعات التقليدية بين الإنسان وجسده وفقا للثنائية التي لا تميز الجسد عن الشخص· كما أن المواد الأولية التي تؤلف عمق الإنسان هي نفسها التي تعطي القوام للكون والطبيعة حيث يسود نفس النسيج بين الإنسان والعالم والآخرين ولكن بدوافع وألوان مختلفة لا تغير من اللحمة المشتركة. أما الجسد في تصوره الحديث فهو من نوع آخر ، يتضمن انقطاعاً بين الشخص والآخرين في شكل بنية اجتماعية من النمط الفردي ، وبين الشخص والكون بمعني أن المواد الأولية التي يتألف منها الجسد ليس لها ما يقابلها في أي مكان آخر، وبين الشخص ونفسه لأنه يمتلك جسدا أكثر من أنه يكون جسد[2].

ومن ثم ترتبط المفاهيم الحالية للجسد بصعود الفردية كبنية اجتماعية ، وبانبثاق فكر عقلاني ووضعي وعلماني حول الطبيعة، وبتراجع تدريجي في التقاليد الشعبية المحلية ، كما ترتبط أيضاً بتاريخ الطب الذي يجسد المعرفة الرسمية حول الجسد في مجتمعاتنا. ومع ذلك ليس هناك إجماع سائد حول ماهية الجسد حيث مازالت تؤثر المفاهيم المنتشره والمألوفة في المعالجين وتغذي الطب التقليدي مثل العلاج بالمغناطيسية ومعتمدوا الأسرار أو فى العلوم الطبيعية الحديثة مثل الوخز بالإبر والطب السمعى وطب العظام والطب التجانسى . وظهرت الثنائية المعاصرة التي تعارض بين الإنسان وجسده وجعلت من الجسد نوعاً من الأنا الآخر فهو مكان مميز

---

(1) Cecil Heleman, "Culture, Health and Illness", Loc., Cit.

(٢) دافيد لوبرتون ، مرجع سبق ذكره ، ص ٦ .

للرفاهية (شكل الجسم) ولحسن المظهر (بناء الجسم وتزيينه وتغذيته) ولشهوة الجهد (الألعاب الرياضية) أو المخاطرة . وبالتالي صار الجسد عامل تفرد أو علامة الفرد ومكان اختلافه وتميزه، غير أنه منفصل عنه في نفس الوقت بشكل متناقض وظاهري نتيجة للتمييز الغربي بين الإنسان وجسده، وتجري الحديث عن تحرر الجسد كصيغة ثنائية بشكل نموذجي ولكن بمنطق الشعارات لأنها تنسي أن الوضع البشري جسدي وأن الإنسان لا يمكن تمييزه عن الجسد الذي يعطيه عمق وحساسية كينونته في العالم(١) . ومن هنا تكمن أسباب العديد من المناقشات الأخلاقية المعاصرة حول أهمية الطب في الميدان الاجتماعي وذلك لأن الطب التقليدي جعل من الجسد آنا آخر للإنسان حيث أبعد الإنسان المريض وتاريخه الشخصي وعلاقته مع الوعي من دائرة اهتمامه١ولم ينظر إلا للعمليات العضوية التي تحدث فيه بمعني أنه يهتم بالجسد والمرض وليس بالمريض. وهكذا أصبح التساؤل الهام حول مفهوم الشخص الآن يعبر عن الصدي الاجتماعي للطب الحديث ، واضطربت معطيات أنثروبولوجية في الفصل بين الإنسان وجسده وارتبطت المسائل الأخلاقية العصرية بالوضع المعطي للجسد في التعريف الاجتماعي للشخص(٢) .

(١) الجسد الفردي :

لقد أدت النهضة العلمية إلي دخول الإنسان أنفاق المعرفة الخاصة وإلي خطوات فعلية نحو المعرفة العلمية حيث تمكن من أن يري العالم ككل أو أن يري نفسه والقيام بمحاولات واعية باتجاه المادية والانقسامية لعلم الطب الحيوي والتي انتهت في الغالب إلي التجديد اللا شعوري للمقابلة بين العقل والجسد في شكل جديد. فالتمييز بين المرض Diseaseوالمرض Illness-علي سبيل المثال – قد تم تفسيره بمحاولة تمييز فكرة الطب الحيوي للمرض Diseaseبالحالة الغير طبيعية للبناء أو الأداء الوظيفي أو أنظمة أعضاء الجسد، والمرض Illnessبالخبرة الذاتية للمريض بالألم والتوعك. وبينما يساعد هذا المثال علي إظهار حساسية علماء الاجتماع والإكلينيكيين

(١) المرجع السابق ، ص ٦ – ٧ .

(٢) المرجع السابق ، ص ٨ .

بالنسبة للأسباب الاجتماعية للمرض فهناك نتيجة غير متوقعة وهي أن الأطباء المعالجين يطالبون الآن بكلتا الفكرتين فيما يتعلق بمجال الطب. ونتيجة لذلك فإن البعد المرضي للألم الإنساني يصبح فردياً وطبياً أكثر من كونه سياسياً واجتماعياً. كما تقتضي العملية الطبية تحقيق الاندماج المفقود بين الجسد الفردي والجسد الاجتماعي والاتجاه إلي التحول من الاجتماعي إلي البيولوجي حيث ترتبط ثنائية العقل – الجسم بمعارضات مفاهيمية في نظرية المعرفة الغربية مثل التباينات بين الطبقة والثقافة وبين الألم والسبب، وبين الفرد والمجتمع كاختلافات بين المفكرين الاجتماعيين أمثال (Sigmund Freud و Marcel Mauss Karl Marx و Emile Durkheim.[1]

وهذا النوع من التفكير المادي الراديكالي هو نتاج لنظرية المعرفة الغربية والتي ترجع إلي وجهة نظر أرسطو البيولوجية القوية عن الروح البشرية والتي توجد أيضاً – كأساس للممارسة الإكلينيكية – في مجموعة مبادي أبقراط حيث عزم الأبقراطيون علي محو آثار التفكير السحري – الديني عن الجسد الإنساني وتقديم أساس منطقي للممارسة الإكلينيكية والتي سوف تواجه قوة المعالجين الشعبيين القدماء أو (الدجالين) و (السحرة) طبقا لوصف أبقراط لمنافسيه من المعالجين[2] .

أ. شكل الجسد وحجمه ، والملابس ، ومظهره الخارجي:

هناك واقع اجتماعي وفيزيقي للجسد في كل مجتمع، بمعني أن شكل وحجم الجسد وتزيينه، وتجميله تعتبر وسيلة لتوصيل وإبلاغ معلومات عن وضع ومكانة الشخص في المجتمع وتشتمل هذه المعلومات علي النوع (الجنس) والمكانة الاجتماعية للشخص وعضويته في جماعات معينة سواء الجماعات المدنية أو الجماعات الدينية• كما تندرج إيماءات وإشارات الجسم وطريقة الجلوس والوقوف ضمن طريقة المعلومات المبلغة والتي غالباً ما تختلف بين الثقافات وبين المجموعات المختلفة داخل الثقافة الواحدة. وتعطي الطريقة المستقيمة لمشي ضباط الجيش، أو الرجل الأحدب أمثلة علي ذلك . وللملابس أهمية خاصة في الإشارة إلي الترتيب

(1) Margarte lock and Nancy Scheper, Op., Cit., P . 48.

(2) Ibed., P. 46.

الاجتماعي والمهنة حيث يشير ارتداء الفراء والمجوهرات للغني ، كما تشير الملابس الرثة إلي الفقر. وبالمثل لا ينطوي ارتداء الأطباء للمعطف الأبيض وارتداء الحكيمات للكاب المنشي علي الجانب العملي فقط وهو الحماية من العدوي ولكنه ينطوي أيضا علي وظيفة اجتماعية حيث يشير ذلك إلي عضويتهم في جماعات مهنية لها اعتبارها وقوتها ولها حقوقها وامتيازاتها الخاصة. كما يشار غالباً للتغير في الوضع الاجتماعي بالتغير في الملابس فالرداء والشال الأسود يعد مؤشراً لتحول المرأة من امرأة متزوجة إلي أرملة أو وحيدة وحزينة وبالمثل يرتدي المتخرجون الجدد عند تخرجهم من الجامعات القلنسوة والروب الجامعي.

ومن ثم فهناك أوجه عديدة لتزيين الجسد وبخاصة الملابس التي لها وظيفة اجتماعية حيث تعطي معلومات عن الوضع الحالي للفرد في المجتمع بالإضافة إلي الوظيفة التي تهدف إلي حماية الجسد من البيئة المحيطة له • وكذلك التغيير المصطنع في شكل وحجم الجسد له وظيفة اجتماعية أيضا وهو المفهوم المعرف ثقافيا بـ «التجميل» والحجم والشكل الأمثل للجسد. وبينما يتم حماية الجسد بالملابس من خلال تغطية الجلد فهناك بعض أجزاء سطحية في الجسم تعد أكثر حساسية للمرض من أجزاء أخري. ففي دراسة (Heleman)عن المعتقدات الإنجليزية حول البرد والقشعريرة والحمي كانت الصورة العامة للجسد تشمل مناطق محددة من الجلد (قمة الرأس، خلف الرقبة، الأقدام) تعد أكثر حساسية من أجزاء أخري لاختراق البرودة والرطوبة، وفي نفس الوقت كان يعتقد أن الحميات تنجم عن اختراق الجراثيم والحشرات والفيروسات من خلال فتحات في الجسم الخارجي مثل فتحة الشرج ومجري البول والأنف والحنجرة[1].

ب. صورة الجسد :

ترتبط صورة الجسد إلي حد بعيدٍ بمفاهيم الذات وربما تتمحور حولها، وتشير صورة الجسد إلي التخيلات المتراكمة والخصوصية لما يضمره الشخص عن الجسد في

(1) Cecil Heleman, "Culture, Health and Illness", Op., Cit., pp. 8-9.

ويعبر لبن الأم عن مدلولات ثقافية ورمزية جديدة حيث أصبحت اقتصاديات البقاء بديلة عن أجور العمل، فقد اكتشف هيجس (Hyghes)أن ثقافة غذاء الثدي حلت كمشكلة خلال الفترة التاريخية القصيرة في مجتمع زراعة السكر في شمال البرازيل، والذي كان ينطوي علي معتقدات النساء الفقيرات في الجودة الأصلية لما يخرج من أجسادهن القذرة والمريضة بالمقارنة بما يخرج من الأشياء النظيفة والصحية والحديثة في شكل علب لبن الأطفال الرضع والإبر الطبية تحت الجلد والأنابيب المعقمة • وتنقل الطقوس التي تحدث الأبوة الاجتماعية فى مدن الأكواخ في البرازيل لبن الطفل من ثدي الأمهات بواسطة نساء عطوفات طيبات في شكل علب جميلة من اللبن الجاف كغذاء بديل للأطفال حيث يحمل إلي المنازل بواسطة رجال عطوفين طيبين. أما الأبوة اليوم فتقوم من خلال لبن الذكر بمعني لبن جاف. فلبن الأب ليس هو المني (ماء الرجل) وإنما هو ما يعنيه من منح الأبوة وإضفاء الرمزية الشرعية للطفل• خلاصة القول أن القدرات المعرفية للطب العرقي تشمل صورة الجسد وتقدم مصدرا غنيا بالمعلومات لكل من المعاني الثقافية والاجتماعية عن كينونة الإنسان وعن التهديدات المختلفة التي تهدد الصحة والرفاهة والتكامل الاجتماعي والتى تؤمن البشرية بتجربتها(١).

وتخضع معرفة وتصورات الجسد لحالة اجتماعية ولرؤية الشخص للعالم ولتعريفه الذي يصفه من خلال هذه الرؤية. فالجسد بناء رمزي وليس حقيقة في ذاتها، ومن هنا نشأت التصورات العديدة التي تعطيه معني ، وتظهر هذه الرؤية في دراسة لينهاردت (Leenhardt)عن مجتمع الكاناك في ميلانيزيا، حيث وجد أن الجسد لدي أفراد هذا المجتمع يستعير خصائصه من المملكة النباتية ، فهو جزء صغير غير منفصل عن العالم الذي يحتويه، أنه يصوغ وجوده من الأشجار والثمار والنباتات ويشبه جلد الإنسان بلحاء الشجرة ويحيل وحدة اللحم والعضلات إلي لب أو نواة الثمرة ويسمي الجزء الصلب من الجسد أو الهيكل العظمي بنفس الكلمة التي تطلق علي قلب الخشب ويشير إلي الأصداف البرية أو البحرية للتعرف علي العظام المغلفة كعظم

(1) Ibid , P . 56.

الجمجمة، كما تستمد الأعضاء الداخلية للجسد أسماءها من المصطلحات النباتية فالأمعاء تشبه الضفائر المتسلقة في الغابة وكذلك الكليتان والغدد والرئتان فالجسد عندهم يبدو كشكل نباتي آخر كما يعد العالم النباتي امتداداً طبيعيا للجسد ولا توجد لديهم حدود بينهما كما أن الصلة بين الجسد والعالم النباتي ليست مجازاً وإنما هي هوية جوهرية. وتبرز أمثلة كثيرة مستقاة من الحياة اليومية للدلالة الجسدية لديهم فالطفل الكسيح يقال عنه أنه ينمو أصفر، كما يعرف كل إنسان في عالمهم من أي شجرة في الغابة ينحدر كل هؤلاء الأجداد، فالشجرة ترمز للانتماء إلي المجموعة من خلال غرس الإنسان في أرض أجداده وإعطائه مكانا وسط الطبيعة يذوب بين الأشجار حيث يدفن هناك «الحبل السري» عند ولادة الطفل ويغرس برعم ينمو شيئاً فشيئاً ويكبر تدريجياً مع نضوج الطفل [١].

كما تتعدد معاني الجسد أيضاً، فصياغة كلمة جسد كجزء مستقل عن الإنسان الذي يحمل هذا الجسد وجهه تفترض أولاً تنوعاً غريباً بين المجتمعات البشرية، فالجسد في المجتمعات التقليدية ذات التركيب الجمعي المتجانس لا يشكل موضوعاً للانفصال لأن الإنسان يمتزج بالكون والطبيعة والجماعة ، كما أن تصورات الجسد في هذه المجتمعات هي في الواقع تصورات للشخص ، وأن صورة الجسد هي صورة ذاته التي تغذيها المواد الأولية التي تتألف منها الطبيعة والكون في شكل عدم التمييز ، وتفرض هذه المفاهيم شعوراً بالقرابة ومشاركة فعالة من الإنسان في كل ما هو حي[٢] . كما يمكن أن تعطي هذه الكلمة «جسد» مفاهيم مختلفة جداً من مكان لآخر ، ففي المجتمعات الريفية الإفريقية لا يكون الشخص محدوداً بحدود جسده المنغلق علي ذاته ولا تتوقف هويته عند جسده ولا يفصله هذا الجسد عن المجموعة وإنما يدرجه فيها ، فالإنسان الإفريقي التقليدي ينغمر وسط الكون وفي جماعته ويشارك في إثر أجداده وفي عالمه البيئى وفي الأسس التي تقوم عليها كينونته ويبقي نوعاً من القوة المتصلة بمستويات مختلفة من العلاقات ويستمد مبدأ وجوده من هذا النسيج المتبادل.

(١) دافيد لوبرتون ، مرجع سبق ذكره ، ص ١١ – ١٥ .

(٢) المرجع السابق ، ص ٢٠ .

وهكذا فإن الجسد في المجتمعات التقليدية يعمل كواصل لطاقة الجماعة حيث يكون الشخص بواسطة جسده علي اتصال بمختلف الميادين الرمزية التي تعطي معني للوجود الجماعي • وذلك علي عكس الجسد في المجتمعات الغربية من النمط الفردي حيث يعمل كقاطع للطاقة الاجتماعية • وبالتالي يكون التعريف المعطي دائما للجسد هو تعريف مجوف من خلال تعريف الشخص ومبني علي ثقافة الإنسان ، وينظر إليه بمثل نظرة المجتمعات البشرية للشخص• فهي التي تحدد معالم تخومه دون أن تميزه عن الإنسان الذي يجسده، ولذلك فهو لا يأخذ معناه إلا من خلال نظرة الإنسان الثقافية له[١].

ج. التركيب البنيوي الباطني للجسد :

يمثل التركيب البنيوي الباطني للجسد موضوع تخميني وحدسي بالنسبة لمعظم الناس فبدون الاستفادة من علم التشريح وخرائط الهيكل العظمي للجسد وصور الأشعة فأن معتقدات كيفية بناء الجسد تعتمد علي الموروث الشعبي والخبرة والتنظير[٢] وقد كان «التشريح الجسدي» ممنوعاً خلال القرون الوسطي حيث لم يكن الجسد متميزاً عن الشخص الذي يعيره وجهه، وكان الإنسان غير قابل للإنفصال عن جسده ، وكان كسر أداة في جسده في ذلك الوقت يشكل انتهاكاً للكائن البشري الذي هو ثمرة الخلق الآلهي ويمثل تعديا علي جلد ولحم العالم. إلي أن ولد التمييز الضمني في المعرفة الغربية بين الإنسان وجسده مع كتاب فيسال Vesal «بناء الجسد البشري» واستمدت منه الثنائية المعاصرة مصدرها وأصبحت تنظر إلي الجسد بشكل معزول عن الإنسان وتدرسه لذاته كحقيقة مستقلة وبات الجسد البشري مؤشراً علي انقطاع الإنسان عن ذاته وانقطاعه عن الآخرين وعن الكون[٣] . وترجع أهمية تصور ما بداخل الجسد إلي تأثير هذا التصور في إدراك الناس للمرض وعرض شكاواهم الجسدية، وفي تأثيره أيضا علي استجاباتهم للعلاج الطبي فعلي سبيل المثال : امرأة تبلغ من العمر عشرون

(١) دافيد لوبرتون ، مرجع سبق ذكره ، ص ٢٠ – ٢٥ .

(2) Cecil Heleman , 'Culture, Health and Illness", Op., Cit ., P. 9.

(٣) دافيد لوبرتون ، مرجع سبق ذكره ، ص ٤٤ – ٤٥ .

عاما في شمال لندن وتعاني من التهاب في المعدة وموصوف لها مزيج مضاد للحموضة ، وفي الأسبوع التالي ذهبت لطبيب آخر وهي تعاني من نفس المرض وصرحت له أنها لم تأخذ الدواء المضاد للحموضة ولما سألها الطبيب لماذا لم تستجب لنصيحة الطبيب الأول أجابت بالطبع لن آخذ هذا الدواء كيف عرف الطبيب أنني أعاني من التهاب في المعدة وهو لم يستمع إلي قلبي • وقد أجريت عدة دراسات علي التصورات العامية لما يقع داخل الجسد، ففي دراسة بويلي (Boyle)علي ٢٣٤مريض بمساعدة استقصاءات متعددة الاختيارات للكشف عن المعرفة بالبناء الجسدي ووظائفه ثم مقارنة ذلك بعينة من ٣٥ طبيب. وقد وجد تعارضاً كبيراً بين إجابات المجموعتين خاصة بالنسبة لمواقع الأعضاء الداخلية فعلي سبيل المثال : ١٤ ٪ من المرضي وضعوا القلب كعضو يحتل معظم القفص الصدري، ٨و٥٨ ٪ وضعوا المعدة كعضو يحتل كل البطن من الوسط إلي الفخدين، ٧ر٤٨ ٪ وضعوا الكليتين أسفل الفخدين و ٥ر٤٥ ٪ قالوا أن الكبد يقع أسفل البطن في تجويف الحوض بالضبط • ومن ثم تؤثر هذه التصورات الجسدية التي توضح التناقضات الشديدة في إجابات هؤلاء الناس علي كيفية تفسير المرض وعرض أعراض جسمية معينة ومع ذلك لم تكن تصورات ما بداخل الجسد ثابته ، فقد كانت تتغير بالنسبة لحالات نفسية وجسميه معينه ، كما كانت تبدو مختلفة أيضا بالنسبة للعمر ، حيث كان يميل مرضي التدخلات الجراحية إلي التركيز علي العضو أو النظام الذي يتضمن عملية المرض والذي كان يدخلون المستشفي بسببه مثل الرئة أو الكليتين أو الجهاز العضلي العظمي. كما أن تأثير صورة الجسم في التشخيص الإكلينيكي تري أيضا في عرض علامات وأعراض المرض الغير عضوي (نفسي)(١).

د. الأداء الوظيفي للجسد :

بينما تمثل المعتقدات الخاصة ببنيوية الجسد أهمية إكلينيكية، فإن هذه المعتقدات بالنسبة لطريقة أداء الجسد لوظائفه تعتبر أكثر أهمية في تأثيرها علي سلوك الناس. فالمعتقدات حول الأداء الوظيفي للجسد تتعامل مع واحد أو أكثر من النواحي المتعلقة به :

(1) Cecil Heleman , "Culture, health and Illness", Op ., Cit., PP. 9 - 11.

- الأداء الداخلي للجسد •

-نتيجة هذا الأداء علي المؤثرات الخارجية مثل التغذية والبيئة •

- الحالة الطبيعية و(التخلص من) الفضلات الناتجة عن الأداء الوظيفي للجسد مثل البراز والبول ودم الطمث •

ويعد الأداء الصحي للجسد في كل النظريات بمثابة فكرة تعتمد علي التوازن المتناغم بين اثنين أو أكثر من القوي أو العناصر الموجودة داخل الجسد• كما يعتمد هذا التوازن علي مؤثرات خارجية مثل الغذاء والبيئة أو عوامل فوق الطبيعية بالإضافة إلي المؤثرات الداخلية كالضعف الوراثي أو الحالة العقلية(١) .

وتعد النظرية الخلطية (السوائل الأربعة) أكثر نظريات التوازن وأوسعها انتشاراً حيث ترجع جذورها إلي الهند والصين القديمة ثم تطورت في شكل نظام طبي بواسطة «أبقراط» ويحتوي الجسد في هذه النظرية علي أربعة سوائل أو أخلاط هي: «الدم والبلغم والصفراء والسوداء» وتتحقق الصحة في وجود هذه السوائل الأربعة في تناسب أمثل بين بعضهم البعض ، كما يحدث المرض نتيجة زيادة أو نقص في أي سائل منهم • وهناك أيضا نظرية (الأنماط الشخصية) التي تعتمد علي تفوق أحد هذه السوائل ، وهذه الأنماط هي : الدموي (الدم الزائد) والبارد (البلغم الزائد) والسريع الغضب (صفراء زائدة) والكئيب (سوداء زائدة) ، وتسمي النظرية الخلطية في الطب الشعبي في أمريكا اللاتينية بنظرية الحار - البارد حيث تصنف كل الأمراض الناتجة عن أسباب طبيعية وفوق الطبيعية في أنماط ثنائية داخل التصنيفات الحارة أو الباردة وللمحافظة علي الصحة يجب أن تبقي درجة الحرارة الداخلية للجسم فيما بين الطاقات المتقابلة في الحار والبارد. وتربط هذه النظرية الأداء الداخلي للجسم بالمؤثرات الخارجية مثل التغذية والبيئة(٢) .

وينتظم شعور الشخص - بجميع أجزاء جسده وحدودها المكانية الدقيقة بالإضافة إلي معرفته بالفكرة التي يكونها المجتمع عن العمق غير المرئي للجسد ومما

(1) Ibid , P . 11.

(2) Ibid , P . 12 .

يتكون وكيف تنتظم الأعضاء وطريقة أدائها لوظائفها - داخل التصور الذي يكونه الشخص عن جسده والطريقة التي يبدو له بها عبر سياق اجتماعي وثقافي و شخصى لا تحدد بدونه صورة هذا الجسد ولا هوية هذا الشخص· كما تعكس هذه الصورة عبر التقدم في السن ما يكون الشخص مؤهلاً لإنجازه من الناحية الجسدية والتعديلات الفسيولوجية التي يكون موضوعاً لها (١).

كما أن هناك مفاهيم أخري لتركيب الجسد وأدائه لوظائفه اقتبست من دنيا العلم والتكنولوجيا واستعير تفسيرها من الإلمام بنظم أنابيب الصرف والكهرباء والماكينات وآلات الاحتراق الداخلي. والمفهوم الشائع لذلك هو المفهوم الذي اصطلح عليه (بالنموذج الأمبوبي) حيث يصور الجسد كسلسلة من التجويفات أو الفجوات المتصلة ببعضها البعض وبفتحات الجسد بواسطة سلسلة من الأنابيب. وتتكون التجويفات من الصدر والمعدة وتملأ تماماً كل فراغات القفص الصدري والبطن وتتصل ببعضها البعض وبالفتحات من خلال أنابيب مثل الأمعاء والأحشاء والقصبة الهوائية والأوعية الدموية. وأهم ما يركز عليه هذا النموذج هو الاعتقاد بأن المحافظة علي الصحة يكون بواسطة التدفق المتواصل للمواد المتنوعة (الدم – الهواء و الطعام و البراز و البول و دم الطمث) فيما بين هذه الفجوات أو التجويفات وخارج الجسم من خلال واحد من هذه الفتحات وبالتالي يعد المرض نتيجة لانسداد أي أنبوب داخلي . وتظهر خطورة الإمساك بمعني انسداد الأمعاء من هذا المفهوم وذلك لأن البراز المستبقي ينوي الانتشار في مجري الدم ويلوثه بالقاذورات والسموم وحينئذ يؤثر في الصحة العامة وفي لون جلد البشرة(٢).

والنموذج الآخر ينظر إلي الجسد كماكينة، وهو يقوم علي فكرة الوقود القابل للتجديد أو طاقة البطارية التي يحتاج إليها الجسد لإمداده بالحيوية والقوة والنشاط لأداء وظائفه بطريقة سهلة· ويشمل الوقود هنا مجموعة متنوعة من المواد الغذائية والمشروبات والمنشطات والفيتامينات والأدوية العلاجية الأخري(٣). إن الجسد هنا

(١) دافيد لوبرتون ، مرجع سبق ذكره ، ص ١٥٩ .

(2) Cecil Heleman , "Culture, Health and Illness", Op ., Cit ., P . 15.

(3) Ibid , P . 16 .

يشبه بالآلة التي يجب العناية بها أو كمحرك يجب عدم الإهمال بأي قطعة منه من أجل حسن سيره كمجموعة ومن خلال عقلانية تعدل المعطيات الرمزية المرتبطة بالوجبات الغذائية وتضفي مدلولات الظواهر الطبيعية عليه ومن أمثلة ذلك مشاركة الجسد - الآلة - في بعض المصطلحات الآلية مثل الراحة والمرونة والقول بأن الجهاز العضوي يصدأ كما يصدأ الحديد(١). فالرجل حينما يختار لغة الآلة ليصف جسمه كانعكاس لنفسه بالنسبة للعالم الخارجي وكصيغه نموذجية تمثل التعبير علي الوضع الحالي للإنسان الحديث • فيستعير لغة الآلة في وصف الحالة الجسدية والنفسية بمصطلحات ميكانيكية ويقول أنه مجهد أو منتهي أو حينما يقول أنه مرهق أو أن بطاريته تحتاج إلي شحن• ثم انتقل أسلوب الاستعارة في السنوات الأخيرة من الأسلوب الميكانيكي إلي الأسلوب الكهربائي ويقول الشخص مثلا أنه انقطع عنه التيار أو أنه جاهز للاستقبال أو أنه مشحون، كما أعطي عصر الكمبيوتر له الكثير من التعبيرات الحديثة التي تمثل التعبير عن لغة الشكوي الشائعة مثل «طاقتي منخفضة»(٢).

كما يتضمن نموذج الجسد الآلة أيضاً فكرة أن الأجزاء الفردية في الجسد تشبه أجزاء السيارة قد تفشل أو تتوقف عن العمل وأحياناً تحتاج إلي الاستبدال والتعامل الحديث الواسع الانتشار في مجال زراعة الأعضاء مثل القلب أو الكلية والكبد والقرنية وكذلك الأعضاء الصناعية المختلفة مثل المفاصل الاصطناعية والعظم والأربطة والشرايين بالإضافة إلي استخدام الأجهزة الكهربائية المعاونة مثل بطاريات إثارة نبضات القلب والمعاونات السمعية الدقيقة تساعد كلها في تدعيم تصور الجسد بالعلاج بواسطة استبدال أجزاء تالفة بأجزاء أخري جديدة. كما يساعد رسام المخ الكهربائي الذي يقيس التيارات أو الموجات الكهربائية في الجسم علي تصور مفهوم الجسد الآله في عقول المرضي (٣).

ويثير تقدم الطب في ميدان زرع الأعضاء حالات ضميرية لدي المريض

(١) دافيد لوبرتون، مرجع سبق ذكره، ص ١٥٩.

(2) Margaret Lock , and Nancy Scheper , Op ., Cit ., P . 60.

(3) Cecil Heleman , "Culture, Health and Illness", Op ., Cit. , PP . 16 - 17.

ولدي الطبيب ولدي النتائج الإنسانية لهذا العمل لأنها تجعل من الكائن البشري مادة من بين مواد أخري ، وتقطع الوحدة البشرية وتأخذ الحياة مظاهر القوة الميكانيكية ويقع الجسد المقطع تحت قانون التحول والتبادل الذي يصعب تعميمه دون النظر إلي العرقية • ولم يعد الجسد في هذا المنظور وجهاً للهوية البشرية وإنما تجميعاً لأعضاء وملكية أو عرية يستخدمها الإنسان يمكن تبديل بعض قطعها بأخري من نفس الطبيعة(١).

كما تشترك كل الثقافات في معتقداتها حول حساسية الأم والجنين خلال فترة الحمل وما بعد الولادة أو فترة الرضاعة ، حيث غالبا ما تثار المفاهيم الثقافية لعلم وظائف الأعضاء بعد الولادة لكي تفسر أي نتائج غير مرغوبة من الحمل مثل طفل معاق أو معتل أو مشوه ، ويعتقد في معظم الثقافات أن سلوك الأم (نظام تغذيتها ونشاطها الجسمي وحالة العقل والسلوك الأخلاقي والتدخين) يمكن أن يؤثر مباشرة علي وظائف الأعضاء في عملية الولادة ويسبب الضرر للطفل الذي سيولد .وقد ناقش الأنثروبولوجيون أنه لا يمكن تفسير كل المحظورات أو القيود التي تحيط بالمرأة الحامل كعامل حماية لها وللجنين من الأضرار الجسدية، فهي في حالة من الحساسية والغموض الاجتماعي بمعني حالة انتقال بين وظيفتين اجتماعيتين دور الزوجة ودور الأم، وهي حالة مثل حالات التحول الاجتماعي التي تؤثر عليها وعلي الآخرين ولذلك فإن الطقوس والشعائر والمحظورات تخدمها حيث تنبه إلي هذا التحول وتحمي كلا من الأم والجنين أثناء فترة الحمل (٢).

(٢) المفهوم الاجتماعي للجسد:

عرض علماء الأنثروبولوجيا البنائية والرمزية مفهوم الجسد «كرمز» فالكائن البشري قد يستخدم كخريطة معرفية تمثل العلاقات الاجتماعية والطبيعية وفوق الطبيعية والعلاقات المكانية الأخري. كما تساعد البناءات الثقافية للجسد وحول الجسد

---

(١) دافيد لوبرتون ، مرجع سبق ذكره ، ص ٢٢٤ – ٢٢٥ .

في تأكيد الرؤية الخاصة للعلاقات الاجتماعية والمجتمعية كما يظهر هذا المفهوم في التوازنات الرمزية بين مفاهيم الجسد السليم والمجتمع السليم، والجسد المريض والمجتمع العاجز. ويشير جانزن (Janzen)إلي أن كل مجتمع لديه مفهوم يوطوبي عن الصحة يمكن تطبيقه من المجتمع إلي الجسد والعكس بالعكس. أما المرض والموت فيرجعان إلي التوترات الاجتماعية والتناقضات والحروب ، كما شرح فوستر (Foster) رؤية العلاج المكسيكي لصورة الخير المحدود وفي تزامن الحار - البارد وفي عدم التوازن الرمزي في الطب الشعبي المكسيكي وفي مصطلحات طبية مثل السحر والشعوذة والعين الشريرة والضغط [١].

وتخصص هذه التصورات الاجتماعية وضعاً محدداً للجسد في داخل الرمزية العامة للمجتمع فهي تسمي الأجزاء المختلفة التي تؤلفه والوظائف التي تقوم بها وتوضح علاقاتها وتنفذ إلي الداخل غير المرئي في الجسد وتودع فيه صوراً دقيقة وتحدد موقعه وسط الكون أو بيئة الجماعة البشرية. وتسمح هذه المعرفة الثقافية للجسد بإعطائه معني لعمقه الاجتماعي، ومما صنع، وتربط أمراضه وأوجاعه بأسباب دقيقة ومتفقة مع رؤية مجتمعية للعالم كما تسمح بمعرفة موقعه تجاه الطبيعة والناس الآخرين عبر نظام قيمي محدد [٢].

كما أن أحد الاستخدامات الرمزية الشائعة في العالم غير الغربي هو تجسيد المناطق التي يعيش فيها ، بمعني إضفاء الصفات الجسدية علي هذه المناطق، فكان أفراد قبائل «الكونيجيوا» يفهمون أجسادهم الخاصة بمصطلحات الجبل وكانوا يتأملون الجبل بمفهوم تركيبهم البنيوي الجسدي• فالجسد البشري والجبل يتكونان من أجزاء مترابطة مثل الرأس والصدر والقلب والبطن والأحشاء والثدي ، والجبل مثل الجسد لابد من أن يتغذي علي الدم والشحم ليبقي قوياً وسليماً . وكما يفهم المرض كتفسخ

(1) Margret Lock , Nancy Scheper , Op ., Cit ., P . 56 - 57.

(٢) دافيد لوبرتون ، مرجع سبق ذكره ، ص ١١ .

- قبائل الكونيجيوا: إحدي قبائل الهنود الأمريكيين من بوليفيا - يتكلمون لغة الكونيجيوا ويسكنون أسفل جبل الكاتا ويعرفوا بالمعالجين الأقوياء وأسياد الحقيبة الدوائية ، معجم الأنثروبولوجيا ، شاكر مصطفي سليم، مرجع سبق ذكره، ص٧٩٢ .

في الجسد فهو مشابه للزلازل والهزات الأرضية وإنهيار الصخور في الجبل· ويحدث المرض بسبب التمزق بين الناس في الأرض وخاصة بين ساكني الأجزاء المختلفة من الجبل : الرأس (قمة الجبل) والقلب (القرية الرئيسية) والقدم (قاعدة الجبل)· ويقوم المعالجون بالعلاج عن طريق تجميع السكان المتنوعين معا لتغذية الجبل واستعادة السلامة والصحة. وقد استنتج باستين (Bastien)أن مفاهيم الجبل لدي قبائل الكونيجيوا تعد مفاهيم كلية في الأساس أكثر منها مفاهيم ثنائية، فهو يفترض أن الكل أعظم من مجموع الأجزاء. كما أن صحة وسلامة الجبل ينظر إليها علي أنها عملية تتعاون فيها القوي الطاردة والقوي الجاذبة ونشر السوائل التي توفر العواطف والأفكار والمواد الغذائية والشحوم لجميع أعضاء الجسد. وبتلخيص بعض الاختلافات الأساسية بين نظم الطب العرقي غير الغربية والطب الحيوي الحديث ، يفهم من وجود كل من الجسد والذات في الطب الحيوي الحديث أنه وجود ظاهر ومميز وقابل للانفصال ومن ثم يمكن أن يكمن المرض في الجسم أو العقل وتري العلاقات الاجتماعية كعلاقات مجزأة ومقسمة ومكانية وغير مترابطة مع الصحة والمرض،أما في نظم الطب العرقي فليس هناك تمييز بين الجسد والعقل والذات ومن ثم لا يمكن أن يكون المرض في العقل وحده أو في الجسد وحده وبالتالي تفهم العلاقات الاجتماعية كمشارك أساسي في صحة الفرد ومرضه. باختصار يري الجسد كجانب أحادي ومتكامل مع الذات والعلاقات الاجتماعية، وأنه يعتمد علي ، وسريع التأثر بـ مشاعر ورغبات وأفعال الآخرين بما في ذلك أرواح الأسلاف والموتي· ومن ثم لايفهم الجسد علي أنه آلة معقدة ولكن صورة مصغرة من العالم [١].

إن صورة الجسد هي التصور الذي يكونه الشخص عن جسده والطريقة التي يبدو بها له عبر سياق ثقافي اجتماعي ويضفي عليه طابعاً خاصاً من تاريخه الشخصي، وتنظم هذه الصورة في شكل ومضمون. الشكل يتجلي في الشعور بوحدة مختلف أجزاء الجسد وبإدراكها ككل وبحدودها المكانية الدقيقة أما المضمون فهو صورة الجسد كعالم متماسك ومألوف تندرج فيه أحاسيس يمكن التنبؤ بها والتعرف

(1) Margret Lock, Nancy Scheper, Op., Cit., PP. 58 - 59 .

عليها ، بالإضافة إلي محورين آخرين هما محور المعرفة ، أي معرفة الشخص بالفكرة التي يكونها المجتمع عن العمق غير المرئي للجسد ، ومحور القيمة بمعني أن يقوم الشخص باستنباط الحكم الاجتماعي الذي يحيط بالصفات الجسدية التي تميزه حيث يبني الشخص حكما عن الصورة التي يكونها عن جسده طبقا لتاريخه الشخصي والطبقة الاجتماعية التي يبني علاقته بالعالم بداخلها [١].

(٣) الجسد في المفهوم السياسي:

تهتم العلاقة بين الأجسام الفردية والأجسام الاجتماعية بأكثر من الاستعارات والتصورات الجمعية للطبيعة والثقافة حيث تهتم أيضا بعوامل القوة والضبط في المجتمعات. ويظهر الجسد كمفهوم سياسي في المجتمع حينما تشعر الجماعة أنها باتت مهددة فأنها تستجيب بوضع عدد من الضوابط الاجتماعية التي تنظم معايير حدود الجماعة، وفي حالة ما إذا استطاعت هذه التهديدات أن تلوث وتتخلل إلي داخل الجماعة فإن هذه الحدود تصبح مركز التنظيم والمراقبة[٢]. وقد تكون هذه التهديدات في شكل تهديدات حقيقية أو تهديدات تخيلية، أو قد يكون المعتدين غير معروفين حتي بفرض أنها تهديدات حقيقية أو تهديدات تخيلية، وعندئذ تصبح الشعوذة والسحر بمثابة الاستعارة أو اللهجة الثقافية للخطر. وقد أوضح ليندنبام (Lindenbaum)كيف أدي وباء الكورو* في غينيا الجديدة إلي اتهام السحر وإلي اتهامات مضادة ومحاولات تطهير الأجساد الفردية والجماعية من الملوثات والقاذورات، حيث استخدم السحر والشعوذة في غرب أفريقيا كاستعارات للعلاقات الاجتماعية • وفي هذا السياق يمكن أن تعبر اتهامات السحر عن الاضطرابات بسبب التناقضات الاجتماعية في أسواق المدن الصناعية بسبب الرأسمالية. وهنا توجه الاتهامات إلي الأفراد والعائلات الذين يسعون وراء النجاح الاقتصادي ويظهرون التنافس الشديد والجشع والفردية في العلاقات الاجتماعية، ومن ثم تمثل اتهامات السحر تعبير بدائي لمقاومة تآكل القيم

---

(١) دافيد لوبرتون ، مرجع سبق ذكره ، ص ص ١٤٥ – ١٤٦ .

(2) Margaret Lock and Nancy , Op ., Cit ., P . 61.

*الكورو مرض أسرى وراثي مميت، القاموس الطبي، يوسف حتي، الطبعة الرابعة، مكتبة لبنان، بيروت: ص٣٦٨ .

الاجتماعية التقليدية التي تعتمد علي التبادلية والمشاركة والولاء للجماعة والعائلة. كذلك تشير هذه الاتهامات في سياق (تسليع) الحياة الإنسانية إلي الاختلالات الاجتماعية والمرض في الجسد السياسي المتولد عن التطبيقات الرأسمالية[١] بتقديم النموذج الميكانيكي كمبدأ لفهم العالم وتمثيل الجسد ووظائفه بهيكل ميكانيكي من خلال تكنولوجيا سياسية تصل إلي داخل حركات الجسد[٢].

وحينما يُهدد النظام الاجتماعي ، فإن الحدود بين الأجساد الفردية والأجساد السياسية تصبح غير واضحة ويقوي الاهتمام بموضوعات النقاء الجنسي والطقوس والتي غالباً ما يعبر عنها بالحذر خلال الحدود الاجتماعية والجسدية. كما أن القلق من اختراق وانتهاك المنافذ والمداخل الجسدية والحدود المتصلة بالرموز المادية للجسم : المنزل وأبوابه ومداخله وأسياجه وحدوده الصخرية وما حوله من طقوس حمائية وصلوات وعادات اجتماعية تساعد في خلق المعني والبعد الاجتماعي للأمن والضبط الشخصي، وتولد المجتمعات الأجساد التي تحتاجها في وقت الأزمة وتخضعها للعملية الاجتماعية. وقد طور تورنر (Turner)في هذا السياق أيضاً مفهوم جلد المجتمع ليعبر عن بصمة الفئات الاجتماعية علي جسد الشخص ، حيث يمثل المظهر الخارجي للجسد الحد المشترك للمجتمع الذي يصبح خشبة المسرح الرمزية التي تمثل عليها مسرحية العملية الاجتماعية ، وتصبح الملابس والأشكال الأخري من الزينة بمثابة اللغة التي تعبر عن الهوية الثقافية[٣] .

(٤) الجسد في التقاليد الشعبية:

لم تعد التصورات الحالية للجسد مستمدة من الموروث الثقافي والمعرفة المرتكزة علي التقاليد الشائعة في المجتمع بقدر ما أصبحت تعتمد علي معرفة المتخصصين والمهنيين وخاصة في مجال الطب • فالحديث عن الجسد في

---

(1) Idem .

(٢) دافيد لوبرتون ، مرجع سبق ذكره ، ص ص ٧٦ – ٧٧ .

(3) Margaret Lock and Nancy , Op ., Cit , P . 62.

المجتمعات الغربية يعني الإشارة إلي المعرفة التشريحية- الفيزيولوجية التي يرتكز عليها الطب الحديث وما يتضمنه من معرفة وتطبيقات، وذلك لأن المعرفة الطبية الحيوية تمثل التصور الرسمي للجسد البشري في هذه المجتمعات • غير أن هذه المعرفة والتي قد يستوعبها الفرد بالتجربة المعيشة من خلال التعامل اليومي مع الجيران والأصدقاء أو بالاتصال مع المؤسسات الطبية أو بتأثير وسائل الإعلام ، تعد معرفة طفيفة وبدائية بالنسبة لمعظم الأشخاص حسبما سبق وإن استبان عدم الدراية الحقيقية للأفراد عن مكان الأعضاء وعدم فهمهم المباديء الفسيولوجية للأداء الوظيفي للجسد• ومن ثم فهم يلجأون – بالرغم من اختلاف انتماءاتهم وفئاتهم الاجتماعية إلي الممارسات الشعبية الطبية. ولا يعبر اللجوء إلي هذه الممارسات عن ضآلة المعرفة التشريحية أو الفيزيولوجية للجسد فحسب، فحينما يأخذ إنسان المدينة طريقه إلي الريف أو يصادف معالجاً تقليدياً في مدينته نفسها فهو لايبحث فقط عن الشفاء الذي عجز الطب في توفيره له، وإنما يجد أيضاً في اتصاله بهذا المعالج كشفاً عن صورة لجسده أكثر جدارة بإثارة اهتمامه من الصورة التي تقدمها له المعرفة الطبية – الحيوية • فهو يكتشف في حواره مع المعالج بعداً رمزياً يثير دهشته • حيث تعدد المعارف التي تبينها التقاليد الشعبية والتي ترتكز علي المهارات وآداب السلوك التي ترسم صورة للجسد بشكل مجوف تتفق مع معارف الإنسان . ولا ينظر إليه باعتباره متميزاً عنه كما في المعرفة الحيوية – الطبية، كما أن هذه المعارف التقليدية لا تعزل الجسد عن الكون حيث تتركز علي نسيج من الاتصالات التي تظهر أن المواد الأولية في الكون هي نفسها التي تدخل في تركيب الإنسان والعالم [١].

وقد أجريت دراسات عديدة حول المعتقدات العامية والشعبية عن فسيولوجية وأخطار الحمل بواسطة لودل إسنو (Loudell Snow)وظهر أن هذه العادات كانت تختلف بشكل واضح في حالات كثيرة عن حالات أخري في مستشفيات علاجية خاصة بالولادة • وفي دراسة عن ٣١ امرأة حامل في مستشفي للولادة بميتشجان وجد أن ٧٧ ٪ منهن كن يعتقدن أن الأجنة يمكن أن تولد موسومة بعلامة، بمعني ممسوخة أو

(١) دافيد لوبرتون ، مرجع سبق ذكره ، ص ص٨٠ – ٨٢ .

مشوهة إلي الأبد أو تولد ميته وذلك بسبب حالات الانفعال الشديدة من جانب الأمهات أو العقاب الآلهي بسبب الانحرافات السلوكية ، وقوة الطبيعة أو النوايا الشريرة من قبل الآخرين • كما كن يخشين التأثير علي الطفل لو أنهن رأين خسوف القمر ، ويعتقدن أيضا لو أن امرأة حامل غادرت منزلها وهي غير آمنة في هذا الوقت فإن الطفل قد يولد ميتا أو بجزء ناقص في الجسم ، كما يعتقدن أن حمل مفتاح معلق حول الوسط يكفي لإضفاء الحماية في هذا الوقت • كما كان الكثير منهن يعتقدن أن الأحاسيس الزائدة بالنسبة للأم مثل الخوف والكره والحسد والغضب والحزن والشفقة يمكن أن تمثل خطورة علي الطفل المولود • وإذا ما رأت المرأة الحامل شيئاً ما يخيفها مثل قطة أو سمكة فإن الطفل يولد شبيهاً بهذا الشيء ، فالمرأة التي تخاف من السمكة مثلاً أثناء الحمل قد تلد طفلة تشبة السمكة وتسبح مثلها • كما يمكن أن تؤدي الانحرافات السلوكية من جانب الأم إلي إيذاء الجنين، فالتهكم علي شخص أعرج أو معاق أثناء فترة الحمل يجعل الله سبحانه وتعالي يؤثر في الطفل المولود بإعاقة مشابهة (١) .

وفي دراسة يوفن فردير (Yvonne Verdier)عن التقاليد التي مازالت موجودة في قرية ميلو بمنطقة البرجوني قامت بتحليل الفيزيولوجية الرمزية للمرأة وخاصة أثناء فترة الطمث ، حيث لاتنزل المرأة إلي القبو الذي تخزن فيه المؤن الغذائية للأسرة خلال هذه الفترة خوفاً أن تمسها وتفسدها • كما يمتد تأثير الدم الذي ينزف منها إلي المهام التي تقوم بها عادة في المنزل مثل إعداد الغذاء أو الحلويات أو القيام بفرش البياضات النظيفة. أن هناك صلات رمزية وثيقة منسوجة بين جسد المرأة وبيئتها تؤثر علي العمليات الطبيعية وعلي أعمالها المعتادة ، كما لو كان للجسد المتحول حينذاك من خلال سيلان الدم القدرة علي الانتشار خارج حدوده لكي يغير من ترتيب أمور الحياة • ونظرا لأن المرأة تكون غير قابلة للحمل في هذه الفترة فإنها تعطل النساء عن عملية الحمل ، لأن جسدها يشبه مجال له صدي مع ما يقترب منه وهو يمثل في التقاليد الشعبية قطعة غير منفصلة عن العالم(٢) .

---

(1) Cecil Heleman , "Culture, Health and Illness", Op ., Cit ., P . 17.

(٢) دافيد لوبرتون ، مرجع سبق ذكره ، ص ٨٢ .

وهناك مفاهيم للجسد في المعتقدات الشعبية تهيمن علي تفسير الأمراض وتعيد الوضع البشري إلي وصاية الكون مثل نظرية طب العلامات ومفهوم المعالجة المثلية التي تفترض عنصراً معدنياً أو نباتياً يساعد علي الشفاء من المرض لأنه يحتوي في شكله أو عمله أو مادته بعض التشابه مع العضو المصاب بالمرض أو مع مظاهر المرض ، وكذلك الرؤية الفلكية للجسد التي تدرج الأعضاء تحت تأثير الكواكب السيارة عبر نسيج من الاتصالات يبدو فيها الإنسان كعالم صغير يدخل في تركيبه نفس العناصر التي تدخل في تركيب العالم ,ومن ثم ترتكز القوانين التي تتحكم في سلوك الإنسان علي صفات الكواكب وحركاتها، كما يعبر الإنسان عن نفسه أيضا في الحالة الكلية للعالم من خلال اتصاله الملائم ببعض الأحجار والينابيع والسواقي والأشجار والنصب الحجرية القديمة والنصب التاريخية ، التي يفترض أنها تساعده علي الشفاء[١] .

كذلك تنسب التقاليد الشعبية والعامية المرض والمحن إلي الجسد الذي يعطل جسد الضحية أو يصيبه بالتلف والخسارة هو وأسرته وأمواله ، ولكي يضمن الساحر نفوذه استطاع أن يستعمل قلامة ظفر أو براز أو شعر خاص بضحيته وهنا يتركز حضور الشخص كلياً في القطع الدقيقة المأخوذة من جسده ، أن السحر الجذاب يفترض بداهة وجود صلة بين العناصر المرتبطة بالجسد وخاصة المنتزعة منه مثل الأظافر ، أما السحر بالتقليد فيتم عمل دمية تشبه الضحية حيث يؤثر الشبيه في الشبيه· إن الجسد في السحر الشعبي ليس محصورا داخل حدود جلده بل في كل ما يصنع الهوية الاجتماعية للإنسان : أمواله وأقربائه ومواشيه... فالجسد ليس مقطوعاً عن الشخص بل أنه يجسد وضعه ويبقي متضامنا مع كل المواد التي تنفصل عنه أثناء حياته بمعني أن القطعة المأخوذة من الجسد تضمن بشكل رمزي حدوث التأثير علي الضحية[٢] .

---

(١) المرجع السابق ، ص ٨٣ .

(٢) المرجع السابق ، ص ٨٤ .

كما تظهر الكثير من المعتقدات الشعبية الخاصة بالمرض والجسد في (أناجيل المغازل) وهو موجز للمعارف التقليدية للنساء يبرز القوة المحيطة التي تتحكم بالعالم وإمكان اكتسابها لصالح الإنسان أو إطلاقها ضد شخص آخر ، ومن أمثلة هذه التقاليد: إذا تبول شخص مابين منزلين أو في وجه الشمس فإنه يصاب بمرض عيون. ولكي يتجنب الشخص الإصابة بشلل الرأس أو الكليتين يجب عليه الامتناع عن أكل رأس أو لحم قطة أو دب. وعندما تنبح الكلاب فإنه ينبغي سد الآذان لأنها تحمل أخباراً سيئة، وبالمقابل ينبغي الاستماع لصهيل الحصان ، وعندما يولد طفل جديد ويكون ولداً يجب حمله إلي والده ووضع رجيله مقابل صدره لكي لا يموت مطلقاً بحادث سيء [1].

ثانيا: الخصائص الاجتماعية - الاقتصادية كمتغيرات مؤثرة في الصحة والمرض :

لقد استطاعت العديد من الأبحاث الدراسية في علم الأوبئة وعلم الاجتماع الطبي والعلوم الاجتماعية الأخري المرتبطة بالصحة والمرض أن تكشف عن أسباب ونتائج معدلات المرض المختلفة وعن تأثير الأدوار الاجتماعية والوضع الاجتماعي علي الصحة والمرض وتوضيح الطريقة التي يفسر بها الناس خطورة المرض والموت وذلك من خلال دراسة مستويات الخطر مثل العرقية والطبقة الاجتماعية ، كما تغيرت الأفكار والمفاهيم حول أسباب المرض طوال القرنين الماضيين حيث ساهمت الديانة والثقافة والاكتشافات العلمية في تغير التعريفات حول ماهية المرض ولماذا يعاني منه بعض الناس دون الآخرين ،

وهناك مدخلين أساسين في هذا الصدد الأول هو مدخل علماء الأوبئة والثاني هو مدخل علماء الاجتماع[2] فقد ركز علماء الوبائيات علي عوامل الخطر المباشرة التي تنذر بالمرض وكان منطقهم في هذا أنه كلما ارتبط عامل الخطر بالميكانيزم البيولوجي للمرض بشكل وثيق كلما كان من المرجح أنه يسبب حدوث المرض بدرجة

---

(١) المرجع السابق ، ص ص ٣١ – ٣٢ .

(2) Gail E . Henderson , Op ., Cit ., P . 101.

أكبر، وكلما كان أكثر إفادة في تطوير التدخل الفعال ، وتنحصر الثنائيات السببية التقليدية للمرض في : لدغ الباعوض والإصابة بالملاريا ، والمشي حافي القدمين في المياه المملوءة بالقواقع والإصابة بالبلهارسيا ، والإقامة بين الأشخاص المصابين بالسل المعد والإصابة بمرض الدرن • وبينما تتطلب الزيادة في الأمراض المزمنة شبكة مركبة من العوامل التفسيرية أكثر من تلك التي تتطلبها الأمراض الحادة، فرغم ذلك اضطردت الأمراض الوبائية في إبراز العوامل المباشرة المحددة للمرض. وعلي العكس ركز علماء الاجتماع علي العمليات الاجتماعية والبنائية للمجتمعات في تفسير أسباب المرض واكتشفوا أن معدلات المرض يمكن التنبؤ بها من خلال المعرفة بعادات وخصائص البناء الطبقي للمجتمع وخصائص الجماعة داخل المجتمع مثل العرقية والجنس والعمر• وطبقاً لهذه الرؤية فإن وضع الشخص في المجتمع هو الذي يحدد تعرضه للأخطار البيولوجية مثلما تفعل كل الخصائص الاجتماعية والاقتصادية لذلك المجتمع • ومن ثم فإن مقارنة هذا المدخل برؤية علم الأوبئة نجده يركز علي الأسباب البنيوية الأساسية أو المساعدة في حدوث المرض بدلاً من العوامل التي تكون استنتاجية عند حدوث المرض •

وباندماج هاتين النظريتن المشتملتين علي عوامل اجتماعية وأخري بيولوجية، سوف يسفر ذلك عن نموذج أكثر اكتمالاً عن سببية المرض وتحدد الخصائص الاجتماعية – الاقتصادية كمتغيرات مؤثرة في الصحة والمرض• غير أن الجانب الصعب هو تحديد الخطوات الموازية لمدخل المتغيرات الاجتماعية مثل مستوي التعليم بالنسبة للمتغيرات البيولوجية المتمايزة • والمدخل المشترك لهذه المشكلة هو أن العوامل الاجتماعية العامة تفترض أن تعمل من خلال سبل وسيطة أو مجاذية مثل سلوكيات محددة تؤثر في النهاية علي توزيع العوامل البيولوجية • كما تتضمن معظم الدراسات المتطورة نماذج متعددة المستوي من التحليلات التي تشتمل علي معلومات عن المجتمع والعائلة والأسرة والفرد لكي تتنبأ بحدوث المرض[١] .

ويظهر دور المتغيرات الاجتماعية والبيولوجية للتنبؤ بالمرض في ارتباط حدوث مرض الشريان التاجي بالعوامل الاقتصادية ، حيث غالبا ما يوجد بين الطبقات العليا - في المجتمعات ذات التطور الصناعي البسيط - والتي لها قدرة كبيرة علي تناول الغذاء الغني بالمواد الدسمة ويعيشون طويلاً يعانون من عواقبة ، أما في المجتمعات الصناعية فإنه أكثر شيوعا بين الطبقات الدنيا . كما أنه أكثر شيوعا أيضا بين الرجال عن النساء كما تشمل العوامل الوسيطة المرتبطة بارتفاع معدل مرض القلب عند هؤلاء الناس ببعض السلوكيات مثل التدخين والتغذية الغنية بالدهون ونمط الحياة الذي يضطرهم إلي الجلوس لمدد طويلة وبعض الخصائص الشخصية (مثل القيادة الشاقة للسيارات ونمط الشخصية الأولي) والضغوط التي تحيط بوقائع الحياة الهامة وعوامل الضغوط المزمنة والافتقار للعلاقات الاجتماعية القوية • فالتدخين والضغط المزمن والغذاء الرديء تعتبر سلوكيات أكثر شيوعا بين الفقراء عن الأغنياء [١].

وفي محاولة لتفسير أسباب اختلاف معدل الوفيات بالنسبة للتنوع العرقي في المجتمع الأمريكي في مرحلة عمرية معينة باستخدام ستة عوامل خطر - بالإضافة إلي دخل الأسرة - وهي ؛

١- التدخين	٢-ضغط الدم في القلب
٣- مستوي الكولستيرول	٤-حجم وضخامة الجسم
٥- امتصاص الكحول	٦-مرض السكر

تبين أن نسبة ٣١٪ من الوفيات للبالغين السود عللت بعوامل الخطر الستة و ٣٨٪ عللت بالاختلاف في دخل الأسرة و ٣١٪ عللت بعوامل أخري • ولم يؤخذ في الاعتبار أن التباين في إمكانية الحصول علي الرعاية الصحية وفي خصائص المجتمع مثل اختلاف البيئة الاجتماعية أو الفيزيقية للسود قد تسهم في عدم تفسير أسباب الوفيات [٢] .

---

(1) Laasker , et , al ., " Community Social Change and Mortality " Social Science and Medicine, 1994: 39 , P . 54.

(2) Otten M . , et., al., The Effect of Known Risk Factors on The Excess Mortality of Black Adults in The U.S.A, JAMA , 1990 : 263, PP . 845- 850.

كما أظهرت التفسيرات الوراثية الشائعة تفسيرا بسيطا لبعض الاختلافات في معدل الوفاة بالنسبة للتنوع العرقي في المجتمع الأمريكي وإقترح البعض أن هذه الخلافات توضح ببساطة أنه من الصعب أن يظل الشخص معافي وسليم صحياً إذا كان منتمياً إلي الطبقات الاجتماعية الدنيا ، وبالرغم من التغير الاجتماعي مازال هناك ارتباط شديد بين العرقية والمؤشرات التي تستخدم دائما لقياس الطبقة الاجتماعية مثل الدخل والتعليم والمهنة(١). وفيما يلى شرح الخصائص الاجتماعية – الاقتصادية التى تعتبر متغيرات مؤثرة فى الصحة والمرض:

١- العرقية (الإثنية) والطبقة الاجتماعية:

ظلت العرقية – كما تعرف بلون الجلد – تحدد حتي عهد قريب جداً الوضع أو الطبقة الاجتماعية للشخص في المجتمع الأمريكي ونظرا لأن معظم المعلومات عن الصحة مثل معدل الوفيات ومعدل وفيات الرضع ومعدل انتشار وحدوث المرض كانت تجمع بواسطة العرقية كبديل عن استخدام القياسات التقليدية للطبقة الاجتماعية ، فقد تبنت الأبحاث الطبية عادة استخدام العرقية كمصطلح مختصر أو بالنيابة عن مصطلح الطبقة الاجتماعية • غير أن محاولة إظهار الصحة كرمز للطبقة الاجتماعية وبعيدا عن الاختلافات العرقية تعتبر تفسيراً مقنعاً ولكنه ناقص ، فحتي لو نظر المرء إلي أناس ذوي سلوك وعناصر خطر وراثية متشابهة وفي نفس مستوي دخل وتعليم الجماعه فإن هناك اختلافات صحيه هامة بين العرقيات المختلفة ، وذلك بسبب التباين في إمكانية الوصول للرعاية الصحية أو الاختلاف في مدي الخضوع للضغط الطويل الأمر الذي يزيد من حساسية الشخص للإصابة بالمرض • ومع أن هذه المناقشات قد تبدو كمناقشات نظرية ، فإن لها نتائج سياسية واقعية ، فحينما تستخدم اختلافات السلوك الفردي لتفسير عوامل الخطورة الكبيرة لنسبة انتشار المرض والوفاة فإن الهدف هو استنتاج أن الناس حصلوا أو يحصلون علي حقهم في الرعاية الصحية ولكن حينما يتبني البحث مدخلاً واسعاً فإنه يركز علي بنية المجتمع والأخطار الصحية لهؤلاء الذين يعيشون في مستوي الفقر

(1) Gail E . Hennderson , Op ., Cit ., P . 102 - 103.

والتعرض الشديد للتسمم في بيئة العمل وعدم كفاية المعيشة والغذاء والتعليم والقدرة المحدودة للحصول علي الرعاية الصحية • فالصحة ليست مجرد فشل أو مبادرة فردية للشخص ولكنها نتاج المجتمع والقوي الاقتصادية والثقافية له ، ومن ثم فالطبقة الاجتماعية والعرقية قد تفسر مجموعة من العوامل التي ترتبط بصحة الفقراء إلا أن هناك العديد من السبل المختلفة تعمل معاً سواء بصورة فردية أم مجتمعية لتسبب الخطر الأكبر فيما يتعلق بالمرض [١].

٢- الجنس (النوع) :

يرجع الاختلاف في معدلات انتشار المرض والوفيات إلي اختلاف (النوع) بمعني إختلاف الأدوار التي يؤديها كل من النساء والرجال ، وما يستتبع ذلك من اختلاف في سلوكياتهم الفردية مثل التدخين وإستعمال العقاقير والمشاركة في السلوكيات الأخري الخطيرة والعمل في الوظائف الحافلة بالضغوط والتعرض للأخطار المهنية [٢]. كما أنهم مختلفون «اجتماعياً» الأمر الذي يجعلهم مختلفين أيضاً في الارتباط بالشبكات الاجتماعية التي توفر لهم المصدات الوقائية لتأثيرات المرض ، فمنذ الطفولة المبكرة يتم تلقين الذكور والإناث مواقف مختلفة إزاء الطرق والأساليب المناسبة للاستجابة للمرض ، فربما يكون الذهاب إلي الطبيب علامة ضعف عند الكثير من الرجال بينما السعي لطلب المساعدة الطبية يعتبر سلوكاً مناسباً عند النساء ، كما يكشف اختلاف (النوع) في تفسير معدلات مرض القلب عن أكثر العادات الشخصية المرتبطة بهذا المرض فالرجال يدخنون أكثر من النساء وهم أقل في الروابط الاجتماعية التي تعزلهم عن المرض[٣] .

ومع إن النساء غالباً ما يكن أضعف من الرجال صحياً وأقل وصولاً للرعاية الصحية في العالم الثالث، فإن الصورة تنكشف بشكل آخر في أرقام الوفيات وانتشار المرض في الدول الصناعية والمتقدمة :

---

(1) Ibid , P . 103.

(2) Ellen Annandale, Op., Cit., P. 148 .

(3) Gail E Henderson , Op ., Cit ., P . 104.

أ . إن النساء يستعملن خدمات الرعاية الصحية بشكل أكثر تكراراً ويسجلن مستويات أعلي من المرض حتي مع استثناء الحالات المرتبطة بالولادة ، وعلي العكس يسعي الرجال إلي طلب الخدمة الصحية بشكل أقل تكراراً وغالباً ما يكون ذلك في المراحل التالية للمرض (١).

ب . إن النساء يعشن أطول من الرجال ، وأن الرجال يحققون معدلات أعلي في الوفيات بالنسبة لكل الأسباب الرئيسية للموت مثل : أمراض القلب والسرطان والأمراض المعدية والطفيليات والحوادث والتسمم والعنف ٠٠٠ الخ (٢).

وهناك تفسيرات متعددة لاختلافات الجنس (النوع) في انتشار المرض والوفيات وفي استعمال الرعاية الصحية ، تتضمن عوامل فردية وأخري مجتمعية ومن ثم تعكس النماذج التي تربط الطبقة والعرقية بنتائج الصحة ٠ كما حدد البعض أسباب المرض من الناحية البيولوجية حيث نسبوا البداية المبكرة لمرض القلب عند الرجال إلي الأثر الوقائي للهرمون المحفز للدورة قبل انقطاع الطمث عند النساء ، كما استنتجت بعض الأبحاث أن التكوين الفسيولوجي عند الرجال ينزع إلي العدوانية أكثر من النساء وبالتالي تعتبر التفسيرات البيولوجية الدقيقة مرجحة عن الأسباب الاجتماعية والتفسيرات الأخري (٣).

وهناك اعتراض علي المعرفة التقليدية بأن النساء أضعف صحيا من الرجال ، يوضح نمط مركب من تقارير المرض تبعا لاتجاه وأهمية اختلاف النوع في الحالة الصحية وفقا لأعراض معينة وفي مرحلة من دورة الحياة . فقد وجد أن نسبة المرض تزيد عن الحد بالنسبة للأنثي بشكل ثابت خلال مرحلة من الحياة بسبب آلام نفسية وتقل كثيرا بالنسبة لعدد من الأعراض الجسمية ٠ ولأن تقارير نسبة المرض تعد ذاتية بالطبيعة فإن تفسير هذه الأنماط يعد أمراً صعباً، وأن التفسيرات الممكنة تشتمل علي التبديل في أدوار النوع والتغير في معدلات المرض والاختلافات الصحية (مثل توقع

(1) Idem.

(2) Ellen Annandale , Op ., Cit PP. 158 - 159.

(3) Gail E . Henderson , Loc ., Cit ,

العمر) بين المجتمعات في مرحلة مختلفة من التطور أو الاختلاف الثقافي والاتجاهات الدينية تجاه أدوار النوع [١] .

٣- العمر :

العمر مثل النوع (الجنس) يمكن أن ينظر إليه كمتغير بيولوجي بسيط ، وليس هناك شيء ينبيء بالوفاة أقوي من العمر • وبينما يتغير متوسط العمر عند الموت خلال الزمن فإن العلاقة بين العمر والوفاة تعد علاقة ثابتة بشكل ملحوظ • كما أن رؤية العمر وحالات الابتهاج والمخاطر التي تواكب كل عمر تعتبر أيضاً نتاج لحظة تاريخية وتوقعات مشتركة لطبيعة دورة حياة الإنسان • وهي بمثابة التقويم الذي يبدأ الأطفال الرضع بعده سنتهم الأولي في الحياة • كما تضع منظمات العمل الحكومية الناس في هذا التقويم داخل مراحل عمرية يعيشها الإنسان (سن الشباب وسن العمل وسن التقاعد) وتشير هذه المراحل إلي العمر كفئة رقمية محددة [٢] .

ولم يكن لدي معظم الناس في العصور الأولي أي فكرة بسيطة عن أعمارهم الزمنية فغالباً ما كان يتحدد هذا العمر بواسطة طقوس الانتقال من مرحلة زمنية إلي مرحلة زمنية أخري مثل طقوس الميلاد والزواج والموت • فلم يكن هناك قديماً أي مناسبة لسن التقاعد في الثقافة الشعبية التقليدية حيث لم يخصص للشيخوخة كمرحلة من الحياة أي عادات أو طقوس معينة من طقوس التحول الاجتماعي ، كما كانت الكوارث والمجاعات والوبائيات والأمراض المعدية تحول بين تقدم معظم الناس في العمر وتربطه بالموت • ويختلف هذا السيناريو عن الخبرة المعاصرة بالعمر والشيخوخة ، حيث استبدلت الأمراض المعدية بالأسباب التي تؤدي إلي الموت من خلال مرض القلب والسرطان والسكتة الدماغية وتعتبر هذه الأمراض مقدمات للشكل الفيزيقي الذي ينذر بقدوم الموت • كما تعكف أبحاث الوفيات علي دراسة وجود حد بيولوجي لتوقع الحياة (بفعل العملية البيولوجية لتقدم العمر) والتحكم في المرض ، وإذا ما بلغ الناس هذا الحد فسوف يؤدي ذلك إلي تعامد منحنيات البقاء علي قيد الحياة

(1) Ibid , P . 105 .

(2) Idem .

حيث سيظل الناس أحياء خلال امتداد حياتهم البيولوجية الطبيعية. وتتركز النقطة الثانية بالنسبة للعمر علي نوعية الحياة التي يتوقعها الناس في الشيخوخة، والسؤال عما إذا كان مجرد طول الحياة يوسع من فرصة الإصابة بالأمراض وما يترتب عليها أم أن التحسينات الطبية في العلاج سوف تؤدي إلي خفض نسبة انتشار المرض (١).

٤- التفاوت الاجتماعي - الاقتصادي والصحة :

تمثل الحالة الاجتماعية - الاقتصادية عنصر تنبؤ قوي وثابت لنسبة انتشار المرض والوفيات المبكرة • فالأشخاص الذين هم في أدني الترتيب الاجتماعي - الاقتصادي يعانون تقريباً من أي مرض بشكل غير متجانس ويظهرون معدلات وفيات أعلي من هؤلاء الذين فوقهم في الترتيب الاجتماعي - الاقتصادي • كما توجد هذه الارتباطات مع كل المكونات الأساسية للحالة الاجتماعية - الاقتصادية: الدخل والتعليم والحالة المهنية• وهناك مداخل متنوعة تم تبنيها لتفسير هذه الارتباطات• وغالبا ما تركز البحوث التجريبية علي تأثير الفقر ومترتباته مثل السكن السيىء والتغذية الغير ملائمة علي الرغم من أن العوامل المرتبطة بالفقر لا تفسر المترتبات الصحية للحالة الاجتماعية - الاقتصادية إن الفهم الكامل لعدم المساواة في الصحة يتطلب الأخذ في الاعتبار جميع العوامل الموزعة علي طول الترتيب الاجتماعي للحالة الاجتماعية - الاقتصادية التي تؤدي إلي هذه الأعباء الصحية الثقيلة، كما يجب ألا تدرس هذه العوامل وسط الفقراء فقط ولكن عند كل مستويات الطبقة الاجتماعية ودرجة انحدار الصحة. فهناك علاقة قوية بين المكانة الاقتصادية والاجتماعية ومستوي الصحة من حيث نسبة الوفيات وانتشار المرض وكذلك من حيث القدرة علي الوصول إلي خدمات الرعاية الصحية والحصول عليها بدرجة كافية وكلها تقاس بمستوي الدخل • هذا بالإضافة إلي بعض العوامل الأخري مثل التعليم والمهنة والتى تنعكس في سلوكيات تمثل عناصر الخطر وتسبب الإصابة بالمرض(٢)..

---

(1) Ibid , P . 106.

(2) Ellen Annandale , Op ., Cit., PP. 100 - 102 .

ابع

ض الشعبية

عبى فى التراث

ن الشعبية :

مقدمة :

يعالج هذا الفصل موضوع «الطب الشعبي والأمراض الشعبية» وقد عرضناه في مبحثين جاء الأول بعنوان «الطب الشعبي في التراث الأنثروبولوجي» استعرضنا فيه التعريفات المختلفة للطب الشعبي والمسميات العديدة التي أطلقت عليه في سياق هذه التعريفات وتناولنا كل منها بالشرح والتحليل وخلصنا إلي وضع تعريف إجرائي له. ثم عرضنا أهم المصادر الثقافية للطب الشعبي وجذوره القديمة التي ترجع إلي العصر الفرعوني وما يتصل بها أيضا من أصول مستمدة من العصر الإسلامي، وبالمثل تلك المصادر الثقافية التي أثرت في معتقداته ثم أوردنا العلاقة بين الطب الشعبي والنظريات الطبية القديمة سواء النظريات المصرية القديمة من قبيل نظريات الأخلاط الأربعة والعناصر الأربعة والصفات الأربعة، أم نظرية الحار - البارد في أمريكا اللاتينية، ونظرية الأيورفيدا الهندية. ثم تعرضنا بالبحث لأهمية الطب الشعبي لنبين أهم السمات التي تميزه عن الطب الحديث ثم النظرة المستقبلية للطب الشعبي.

وجاء المبحث الثاني بعنوان «الأمراض الشعبية»: المسببات والعلاج والذى ميزنا فيه بين نظرة الطب العلمي لأسباب المرض علي أسس فسيولوجية - باثولوجية ونظرة الطب الشعبي لأسباب المرض والتي تعزي إلي أسباب طبيعية وأسباب فوق الطبيعية. ثم تناولنا الأمراض الشعبية من حيث تعريفها والمسببات العامية لها في ضوء النظريات الشعبية لمسببات المرض. ثم تناولنا أنماط المعالجات الطبية والافتراضات التي تقوم عليها سواء في الطب الحديث أو في الطب الشعبي والتي تنقسم إلي أنماط رئيسية تضم (الطب الألوباثي ,المعالجة الطبيعية والشعبية) وأنماط ثانوية تضم (تقويم العظام، تقويم العمود الفقري يدوياً، الوخز بالإبر الصينية... الخ) واستعرضنا أهم المعالجات الشعبية التي تشتمل علي (العلاج بالنباتات والأعشاب الطبيعية، والعلاج بالصوم عن الطعام، وتجبير العظام وعلاج الأمراض بالحجامة والعلاج بحلقات الذكر وحفلات الزار).

المبحث الأول

الطب الشعبي في التراث الأنثروبولوجي

مقدمة :

يتمثل الطب الشعبي فى مجموعة من المعتقدات الشعبية والممارسات العلاجية الطبية التى استخدمت منذ أزمان بعيدة فى كل الثقافات القديمة لمعالجة الأمراض بواسطة مجموعة من الأشخاص ممن يعتقدون أنهم يملكون القدرة على معالجة الناس. كما تمتد جذوره فى جميع النظم والأنماط العلاجية المتواصلة منذ بداية الثقافة، فقد ازدهر فترات طويلة قبل تطور الطب العلمى المعول عليه حاليا فى معظم بلدان العالم. ثم أصبح يمثل أحد الفروع الدراسية الهامة لعلم الفولكلور والعادات الشعبية منذ منتصف القرن التاسع عشر، واستمر فى تطوره إلي جانب الطب الحديث، ثم ازدادت أهميته في السنوات الأخيرة مع تطور علم الأنثربولوجيا الطبية وعلم الاجتماع الطبى.

ولما كان الطب الشعبي يمثل أحد جوانب القيم والمعرفة الثقافية فإنه ينظر إليه علي أنه نظام علاجى ينبني على أشكال وطرق تقليدية من السلوك والتصرفات التي تقاوم المرض(١). أما بالنسبة للنظر إليه علي اعتبار أنه مصطلح، فهو تعبير حديث نسبياً ادخل ليعني علاج الشخص المريض بواسطة معالجين غير مرخص لهم رسميا بالقيام بعملية العلاج بما فيهم هؤلاء الذين يمارسون الطب السحري والعلاج بالأعشاب(٢). وكثيراً ما يباح استعمال هذه الممارسات الشعبية لتخفيف ألم المرض أو لإعادة التوازن للمرضي المصابين بمرض جسمى أو وجداني أو كلاهما وذلك بناء علي شكواهم أو وفقا لمعتقداتهم الدينية(٣).

(1) Hand W., Op., Cit., p. 17.

(2) Snow L., "Flok Medical Beliefs and their Implication for Care of Patients: A review Based on Studies Among Black Americans", Ann Intern Med 81,1974: p 82.

(3) Hand W., Op., Cit., P. 18.

ويختلف الطب الشعبي عن كثير من المعتقدات الشعبية فهو لا يندرج كله تحت الأشكال الوهمية كما أنه ليس ثمرة لنوع من الفكر الخرافى أو الغيبي، ولذلك ليس من المتوقع أن يختفى اختفاءً كلياً فى المجتمعات التى تأخذ بأساليب العلم الحديث، وذلك لأنه يتضمن فى بعض جوانبه ذخيرة من الخبرة الشعبية المتوارثة التى صقلتها المحاولة والخطأ[١] فقد يلتمس الكثير من الناس مساعدتهم حينما يصابون بالمرض، كما يأمل البعض فى جدوي رعايتهم الطبية في حين يرفض الآخرون هذه الرعاية لتعارضها مع العلاج الدينى. وعلى الرغم من أنهم لا يحددون الأسلوب أو الطريقة التى يستخدمها كل منهم، يمكن اعتبار كلاً من هاتين الممارستين جزءاً من الطب الشعبي[٢].

وتعرف تقاليد وعادات الطب الشعبى بين كل المشتركين فى ثقافة معينة بشكل ذائع ومشهور حيث تنتقل من جيل إلي جيل من خلال المشافهة، ومع ذلك فإن نظام الطب الشعبى نفسه يعد نظاماً مرناً حيث يسمح باستخدام أفكار جديدة عن المرض والممارسات العلاجية كما يستعير الكثير منها من الطب القديم و الحديث[٣].

كما يمثل الطب الشعبى أيضا جانباً أساسياً من عادات وتقاليد المجتمعات التى يمارس فيها. ومع احتمال انحسار استعماله فى بعض المجتمعات فإنه مازال متداولا في مجتمعات أخري ومازالت نظمه وأنماطه تسيطر على أنشطة العلاج الأهلى بها، وذلك لأنه على الرغم من الاكتشافات الحديثة فى مجال العقاقيروالأدوية الطبية والتوسع الشديد فى الخدمات الصحية فى كثير من المجتمعات وارتفاع الوعى الصحى فيها فلم تختف ممارسات الطب الشعبى. كم يمكن القول أن زيادة التعقيدات والتقنيات وتكلفة الطب الحديث في الوقت الحالى تعد عوامل محفزة لاحياء وتجديد الطب الذاتى واستخدام المستحضرات النباتية الطبية وبالتالى تجديد الممارسات الطبية الشعبية(٤).

---

(١) محمد الجوهري، علم الفولكلور– دراسة المعتقدات الشعبية، الجزء الثاني، مرجع سبق ذكره، ص ٥٢١ .

(2) David J. Hufford, Op., Cit., P. 723.

(3) Hand W., Loc., Cit.,

(4) Idem.

ويوجد الطب الشعبى حالياً فى جميع المجتمعات الحديثة، وينعكس عملياً على كل المرضى والاطباء بدرجة معينة، كما يعد المصدر الأساسى لأفكار وقيم الطب البديل. الذى يعرف بكل الأفكار والممارسات الصحية التى لا يتضمنها النظام الصحى السائد سياسياً فى مجتمع معين وفى فترة زمنية معينة، بمعنى الأفكار، والممارسات الصحية التى لا تشكل النظام الصحى الرسمى فى المجتمع- والتى تعتمد بشدة على تقليد لفظى وتتأثر بقوة بالمعايير والقيم الثقافية. ومن ثم يتشكل الطب الشعبى بصفة عامة من المعتقدات الصحية العامية وغير الرسمية الموجودة فى كل المجتمعات[١]. وهو بذلك عكس الطب الحيوى التقليدى الذى يحدد بتدخلات فى الشئون الطبية تدرس فى المدارس الطبية ويصرح به بواسطة التراخيص والشهادات العلمية واعتماد الأطباء. ومع أن الطب الشعبى يرتبط بصفة عامة بالافراد داخل مجموعات عرقية معينة، فهناك مجموعة كبيرة من العلاجات الشعبية تنتشر بشكل واسع فى معظم المجتمعات مثل الوخز بالابر الصينية والمعالجة بالطبيعة والطب العشبى، كما يندرج داخل الطب الشعبى أيضا الممارسات والمعتقدات الدينية التى يعتقد أنها تؤثر فى الصحة مثل العلاج من خلال وسيط والعلاج بالتأمل وبالايمان والعقيدة[٢]. كما يعد أيضاً الملمح الرئيسى للاختلافات الثقافية بين المرضى، ويمثل فى نفس الوقت الجانب الاساسى للسلوك الصحى الذى يشترك فيه جميع المرضى والذى يجب أن يؤخذ فى الاعتبار فى الرعاية الصحية لأي مريض فى المجتمع[٣].

وعلي الرغم من الأهمية الكبيرة للطب الشعبى فإن أكثره يعد طباً غامضاً وغير مدرك بالنسبة لهؤلاء الذين يعارضونه. كما تظهر أهميته فى الواقع من حيث أنه غزير جداً ومتنوع لكى يتعلم منه الأطباء كل الممارسات والمعتقدات الهامة التى

- هذا التعريف موضوع بواسطة مؤتمر مناهج بحث الطب البديل والمكمل المقام تحت رعاية مكتب الطب البديل بالولايات المتحده الأمريكية (NIA)عام ١٩٩٥ .

(1)David J. Hufford, Loc., Cit.,

(2) Wadfogel S. "Spirituality in Medicine", Primary Care, 24, 1997: P. 963.

(3) David J. Hulford, Loc., Cit.,

تؤثر فى مرضاهم. وبالأحري يحتاج المطببون أن يتعلموا ما هو الطب الشعبى وكيف يتعرفون علي تأثيراته الطبية على سلوك المريض وكيف يتوصلون إلي اتفاق مع المريض حينما يمثل الطب الشعبى خطورة على حياته بطريقة ما[١].

وغالباً ما ينظر إلي الطب الشعبى علي أن استخدامه مقصور علي الفقراء وغير المتعلمين، غير أن حقيقة هذا الموضوع هي أن معظم الناس يستخدمون شكلا من أشكال الطب الشعبي والذي يسمى بالعلاج المنزلى أو رعاية الأمهات من خلال تجربة شرب أنواع من الشاى أو الحساء والأدوية العشبية أو أدوية الطب الشعبى الأخري لكي تساعد علي علاج مجموعة كبيرة من الأمراض والحالات بدءاً من معالجة حالات البرد الشائعة إلي معالجة حالات التعب الشديد. وعادة ما تعطى هذه المعالجات فى منزل الشخص المريض أو في منزل بعض أقاربه أو حتى فى منزل المعالج نفسه. وهناك أسباب كثيرة للجوء إلي الطب الشعبي وتفضيله على نظم علاجية أخري أهمها أنه أسرع تأثيراً في علاج الأمراض الثانوية التى لا تحتاج إلي استشارة طبيب، والاستمرار فى رعاية الشخص المريض من خلال التوجيه الذاتي، وسهولة الوصول إلي مصادره العلاجية والقدرة على شرائها[٢]. ثم هناك السبب الأهم وهو عدم الثقة في نظم الرعاية الصحية التقليدية[٣].

وسوف نستعرض هنا التعريفات المختلفة للطب الشعبي ونتناول كل منها بالشرح والتحليل مع اقتراح تعريف إجرائي له. ثم نعرض أهم المصادر الثقافية للطب الشعبي وأهميته والنظرة المستقبلية له.

---

(1) Ibid., PP. 723-724.

(2) Wilkinson D.Y. "Traditional Medicine in American Families: Rellance The Wisdom Elders" Marriage and Family Review, 1987: 11,3-4: P. 65.

(3) Bakx K., "the Eclipsc of flok Medicine in Western Society", Sociology of Health and illness, 1991: 13,1: p. 20.

أولا : تعريف الطب الشعبي:

هناك مسميات عديدة أطلقت علي الطب الشعبى مثل: الطب المحلى أو الأهلى، والطب التقليدى، والطب البديل، وطب الأعشاب وأحياناً الطب المكمل، ومن ثم فقد تعددت التعريفات الموضوعة له فى سياق هذه المسميات.

فقد تنظر هذه التعريفات إلي الطب الشعبي علي اعتبار انه موروث شعبي ينتقل عبر الأجيال، أو قد تشير إلي تعريفه بالممارسات الطبية التى تمارس من خلاله أو بأنماط المعالجين الشعبيين الذين يمارسونه. كما قد تشير فى بعض الأحيان إلي تحديد نوعية الوسائل العلاجية الطبية التي تجرى فيه أو إلي المجتمعات والجماعات الثقافية التي يمارس فى داخلها. وقد يعرف أيضا من خلال التمييز بينه وبين الطب الرسمى أو من حيث نظرته إلي مسببات المرض. وتتلخص هذه التعريفات فيما يلي:

١- يعرف الطب الشعبي من حيث أسلوب توارثه بين الأجيال بأنه[1]:

أ- يعتمد بدرجة كبيرة على النقل اللفظى (السماعى)، وبالرغم من أنه قد يتأثر بالمطبوعات مثل الكتيبات والنشرات ... الخ

ب- يعد نظاماً غير رسمى فى البناء الصحى نسبيا، بالرغم من أنه قد يتم تدريب المتخصصين فيه فى مراكز تدريب مهنيه رسمية.

ج- لا يهدف إلي الربح، مع أن بعض المتخصصين فيه مثل العشابون قد يتقاضون بعض المدفوعات النقدية أو المبادلات.

ونظراً لأن كل خصيصة من هذه الخصائص التعريفية تمثل جزءا من كل، فمن المنطقي أن تكون بعض هذه الموروثات أكثر أو أقل شعبية من موروثات أخري.

٢- كما يشير تعريف الطب الشعبي. وفقا لنوعية الممارسات التي تمارس من خلاله، وأنماط المعالجين الشعبيين الذين يمارسونه إلي أنه[2]:

(1) David J. Hufford, Op., Cit., P. 370.

(2) Rosina M. Becerra, Alfreda P. Glhart, Op., Cit., PP. 37-38.

أ – ممارسات طبية شعبية خاصة بأعضاء جماعة عرقية معينة مثل الطب الشعبي الصيني أو الطب الشعبى المكسيكى الأمريكى.

ب – يمارس بواسطة ممارسين طبيين من خارج المؤسسات الطبية الرسمية.

ج – قد تكون وسائله العلاجية إما وسائل جيدة مستمدة من موروثات سامية قديمة أو قد تكون وسائل علاجية رديئة مثل التى تعالج بها المجتمعات البدائية نفسها بدلا من العناية الطبية المدرية

٣– كما تنظر منظمة الصحة العالمية إلي الطب الشعبى علي اعتبار أنه شكل من أشكال الطب التقليدى وتعرفه بأنه يشير إلي الطرق والوسائل التى وجدت قبل ظهور الطب العلمى الحديث. كما تتضمن أيضا المعالجات الصحية التى تنتمى الى تراث كل مجتمع وتنتقل من جيل الى جيل. وتُلمِّحُ المنظمة فى هذا التعريف إلي أن النظم الصحية التقليدية تناسب احتياجات المجتمعات المحلية علي الإجمال منذ عدة قرون، فالصين والهند طورت على سبيل المثال من نظمها الطبية مثل الوخز بالابر الصينية وطب الأيورفيدا *، ويشير هذا التعريف من الناحية العملية إلي الممارسات التالية: العلاج بالوخز بالابر الصينية والمولدات (القابلات) والمعالجون النفسيون وطب الأعشاب(١) .

٤– وجاء فى تعريف الجمعية الطبية الامريكية للطب الشعبى أن هذا المصطلح كثيراً ما يستخدم فى المراجع العلمية بالتبادل مع مصطلح الطب البديل والطب المكمل على الرغم من وجود اختلافات دقيقة فى معانى هذه المصطلحات. فالطب البديل والطب المكمل اسمان واسعان لكل الممارسات الصحية التى تخرج عن الطب الحيوى التقليدى ولكن قد تزيد من استخدام العلاج الطبى الحيوى وتشمل هذه الممارسات:

---

*الأيورفيدا الهندية أسلوب علاجى يعود الى بضعة الاف من السنين ويستخدم فى الهند للوصول الى حالة من الصحة التامة عن طريق التوازن بين الجسم والعقل والأحاسيس والروح والكشف عن أسباب عدم التوازن، كما يقترح أدوية طبيعية وغذاء طبيعى لإعادة التوازن.

(1) Valery Abrumov, Traditional Medicine, Fact Sheet Who, N. 134, Spetember 1996, http: // www. Who. Int / Inf- 23/4/2000.

الطب الشعبى مثل طب الاعشاب والعلاج بالتضرع والابتهال ... الخ والأيورفيدا الهندية والعلاج باليوجا والتدليك والزيوت العطرية والعلاج بالتنظيم الغذائي، كما يعد الطب الشعبي- من ناحية اخرى نظاماً فرعياً من الطب البديل والطب المكمل، وهو يشير بشكل عام إلي استعمال الشخص العامي للمعالجات والأدوية المنزلية والتقليدية وذلك على عكس مصطلح الطب الحيوى التقليدى الذى يشير إلي المعالجات والأدوية التى تنبنى على نموذج طبى للرعاية الصحية(١).

٥- وهناك أيضاً العديد من الدراسات التي تناولت تعريف الطب الشعبي:

فقد عرفته إحدي الدراسات الأنثروبولوجية التي أجريت عن الطب الشعبي فى مجتمعين محليين في مصر(٢) بأنه مجموعة المعارف والمعتقدات والممارسات التى يمارسها أعضاء المجتمع والتي تتوارث من جيل إلي آخر، وأن هذه المعارف تنحدر من إطار الثقافة الشعبية وليس من إطار الطب الحديث وإن كان التحليل العملي قد أثبت أن بعضها يتسم ببعض الكفاءة العملية، ويستطيع أي عضو من أعضاء المجتمع، أن يستوعب هذه المعارف والمعتقدات وبالتالى يستطيع أن يقوم بتحديد الأسلوب العلاجي الذي يحتاجه، أي أن الطب الشعبي في هذه الحالة هو طب العامة من أعضاء المجتمع أو قد يلجأ الشخص إلي ذوي الخبرة والمتخصصين في العلاج الشعبي. كما أن أساليب العلاج الشعبى ليست أساليب بالية بل إن كلاً منها قد ارتكز على أساس معين بالنسبة لجماعة من الناس سواء أكانت هذه الاساليب أساليب بدائية أم أساليب أثبت التحليل كفاءتها فيما بعد. ورأت هذه الدراسة أنه من الصعب التعميم فى مجال الطب الشعبى لأن كلا من مفهومى المرض والعلاج يختلفان باختلاف ظروف المجتمع الاجتماعية والثقافية.

---

(1) Fugh-Berman A., "Alternative Medicine: What Works", Baltimore, Williams and Wilkins, 1997. Quoted in : Report 13 of The Council on Scientific Affairs (A-97), AMA, Folk Remedies Among Ethnic Subgroups.

(٢) مرفت العشماوي، مرجع سبق ذكره، ص ص ٢٤٠- ٢٤١.

كما أكدت دراسة انثربولوجية أخري عن الطب الشعبى فى الريف العربي[١] علي أن الطب الشعبي جزء من المعارف الشعبية التى تكونت عبر أزمنة طويلة واستمرت بسبب ارتباطها بالطبيعة وبظروف اجتماعية، وهو نوع من التداوى يقوم به محترفون أو غير محترفين يستخدمون النباتات وبعض أجزاء من الحيوانات والدهانات. كما أكدت هذه الدراسة أيضاً على أن معظم الممارسات الطبية الشعبية تحوي قدراً من الممارسات الخرافية، وأن طرق علاجه تتسم أحيانا بالغموض بحيث لا يستطيع الشخص أن يدرك جدواها الفعلية ويصعب عليه أن يعطي لها تفسيراً صحيحاً.

كما أشارت هذه الدراسة أيضا إلي التعريف الذى أورده دون يودر (Don Yoder) في إحدي الدراسات التي عالجت موضوع الطب الشعبى من حيث المفاهيم المتصلة به وتقسيماته والمواد العلاجية الشعبية والعلاقة بين الطب الشعبي والأولياء والقديسين، وأوضح فيه أن هناك فرعين رئيسيين للطب الشعبي هما:

أ – الطب الشعبي الطبيعي.

ب – الطب الشعبي الديني – السحري (أو ما يعرف أحياناً بالطب الغامض).

وانتهي يودر (Yoder) إلي أن الطب الشعبى هو: جميع الأفكار ووجهات النظر التقليدية حول المرض والعلاج، وما يتصل بذلك من سلوك وممارسات تتعلق بالوقاية من المرض ومعالجته، بغض النظر عن النسق الرسمي للطب العلمي.

وفي دراسة أخري عن الطب الشعبى فى دول الخليج العربية[٢] عرفت الطب الشعبى بأنه التطبيب من الأمراض أو الأعراض الصحية والنفسية عن طريق الأعشاب والأدوية الشعبية أو الممارسات التقليدية والتي أمكن التعرف عليها منذ القدم بواسطة مطببين محليين أو شيوخ دين.

---

(١) عبد الرحيم أبو كريشة، مرجع سبق ذكره، ص ص ١٦–١٧، ٢٥–٢٦ .

(٢) عبد الرحمن مصيقر، الطب الشعبي في دول الخليج العربية– فصل من كتاب التراث الشعبي، الإمارات العربية المتحدة، دبي: ١٩٩٦، ص ١١٣ .

كما رأت دراسة أنثروبولوجية أخرى عن الطب الشعبى الليبى ودوره فى الأنساق العلاجية فى منطقة البطنان[١] أن الطب الشعبى هو مجموعة من المعتقدات والخبرات والممارسات المتوارثة أو التى يتم تعلمهاوالمنقولة شفاهياً والمرتبطة بالبيئة الايكولوجية للمجتمع المحلى بشكل كبير وكذلك بالبناء الاجتماعى وبالثقافة السائدة، ويمارسها فئة من أعضاء المجتمع المتخصصين وخاصة كبار السن وتهدف بالدرجة الأولى إلي تحقيق التكيف الذاتى للمريض وإزالة أسباب الشكوى والتحول من الدور السلبي الذى يفرضه عليه المرض الى الدور الإيجابي الفعال وممارسة حياته اليومية بشكل طبيعي.

وهنا نقترح تعريفاً إجرائياً للطب الشعبي كما يلي :

«الطب الشعبي هو مجموعة الأفكار والمعتقدات الشائعة فى المجتمع حول أنماط المرض والنظرة العامية لمسبباته، والأنساق الثقافية التى تحدد طريقة المجتمع فى اختيار المعالجين الشعبيين، والممارسات العلاجية الشعبية خارج النسق الطبى الرسمى والتى تشمل الطقوس والعادات والوصفات العلاجية المتعلقة باجراءات الوقاية من المرض ومعالجته».

ثانياً: المصادر الثقافية للطب الشعبي

يعد الطب الشعبي جزءاً من الثقافة والمعارف الثقافية الموجودة في كل المجتمعات. والثقافة في هذا السياق ليست مجرد مجموعة من الأساطير والخيالات الاجتماعية ولكنها تعنى الموروث اللابيولوجى الكلى للإنسانية وهى تشمل - بهذا المفهوم- الحقيقة والخيال والجيد والردىء والفعال وغير المجدى والعلم والطب واللغة والدين والمؤسسات التعليمية والبناءات الأسرية- بمعني أن ما يكتسب بالتعلم ويتطور اجتماعياً يمثل جانبا من الثقافة[٢].

---

(١) يحيي مرسي بدر، الطب الشعبي الليبي ودوره في الأنساق العلاجية - دراسة أنثروبولوجية في منطقة البطنان مقدمة إلي مؤتمر الثقافة الشعبية والتنمية بجامعة المنصورة، أكتوبر: ١٩٩٩، ص ٨ .

(2) David J. Huffor d, Op. Cit., P. 725.

وقد ترتبط بعض مظاهر الثقافة بمجموعات عرقية أو قبلية معينة مثل ثقافة أبناء النوبة فى مصر أو ثقافة بعض المجتمعات البدوية في الصحراء الشمالية فى مصر، أو قد ترتبط بتجمعات اجتماعية معينة مثل ثقافة الطب- بمعنى المعرفة العلمية والاجتماعية للعاملين فى المهن الصحية- أو ثقافة جماعة من صيادين الأسماك فى مجتمع معين- وهو محور اهتمام الدراسة الراهنة. وهناك أيضا بعض الجوانب الثقافية الأخرى التى تعتبر جوانب عامة ولا تقتصر علي جماعة معينة مثل الاعتقاد فى نظرية (البارد – الحار) كطب شعبي عالمي للوقاية من أمراض البرد.

ومع ذلك يجب أن لا تفهم الثقافة على أنها تعنى التشابه والإتساق من شخص لآخر أو أنها بمثابة شيء نمطى مكرر يفتقر إلي الصفات الفردية المميزة. كما أنها لا تمثل أى إشكالية أو تعقيد فى عملية الرعاية الطبية، بل إنها مصدر الحلول لكل مشكلة بدءاً من التدخل الجراحى إلي المساندة العائلية إلي المعالجة بالمواد الكيماوية الى المعالج الدينى. وبالتالى فإن فهم الجذور الثقافية للطب، وكذلك فهم المخزون الضخم والغنى من المصادر الثقافية المختلفة فى كل المجتمعات للتعامل مع المرض يعد عنصراً أساسياً في الرعاية الطبية الفعالة[١].

١- الجذور القديمة للطب الشعبي :

ترتكز المعتقدات والممارسات الطبية والشعبية عند جميع الشعوب وفى كل العصور على معتقد أساسى يرى أن الله خلق لكل داء دواء وعلي الإنسان أن يسلك الطريق السليم للبحث عن هذا الدواء. ويتباين الناس فى مدى ما يصيبهم من حظ فى الوصول إلي الدواء المناسب، ولا تختلف أقدم الشعوب البدائية مع الطبقات الشعبية فى أى مجتمع حديث فى هذا الأمر. ولأن الممارسة الطبية الشعبية كانت ترتكز فى جانب كبير منها على المحاولة والخطأ، فقد كان من الطبيعى أن تتزايد درجة إتقان الشعب لطرق العلاج الشعبى على مدار العصور، وتأكيداً لمقولة فولجن (Folgen)أن تاريخ الطب الشعبى فى العالم ليس إلا تاريخ الطب نفسه[٢].

(1) Idem., PP. 724-725.

(٢) محمد الجوهري، علم الفولكلور- دراسة المعتقدات الشعبية، الجزء الثاني، مرجع سبق ذكره، ص ٤٧١– ٤٧٤ .

وترجع الجذور القديمة للطب الشعبى إلي عدة مصادر أهمها الكتب الطبية الفرعونية المسماة بـ القراطيس الطبية والمحفوظة علي أوراق البردي المصرى ومسطر عليها أهم الأمراض وأعراضها وطرق علاجها بالعقاقير النباتية التى كانت تتكون من الأمزجة والمراهم والأدهنة والحبوب والاستنشاق والحقن الشرجية وغير ذلك. وأضخم هذه القراطيس هو قرطاس ايبرس نسبة إلي مكتشفه الأثرى الألماني (Ebers)والذى عثر عليه بمقابر مدينة طيبة القديمة سنه ١٨٦٢ ميلادية ويرجع تاريخه إلي سنة ١٥٥٠ قبل الميلاد ويحتوى على ٨٧٧ وصفة طبية وهو محفوظ الآن بمتحف (ليبزيج) الألماني. وكذلك قرطاس هيرست الذى يرجع تاريخه أيضاً إلي سنه ١٥٥٠ قبل الميلاد وعثر عليه فى منطقة دير البلاص بالوجه القبلى سنه ١٨٨٩ ميلادية ويحتوى على ٢٦٠ وصفة طبية وهو موجود الآن فى جامعة كاليفورنيا بالولايات المتحدة الأمريكية بالإضافة إلي القراطيس الطبية الأخرى مثل قرطاس برلين الطبى رقم ٣٠٣٨ والذى يرجع تاريخه إلي سنه ١٣٥٠ قبل الميلاد والذى عثر عليه (بسالاكا) فى القرن التاسع عشر بمقبرة سقارة، وقرطاس (ادوين سميث) الذى عثر عليه بمقبرة الأقصر عام ١٨٦٢ ميلادية ويرجع تاريخة الى سنة ١٧٠٠ قبل الميلاد[١].

كما يستدل من بعض المصادر القديمة * أن الطب البدائى الذى يعدُ المصدر الأول للطب الشعبى كان يعتمد أساساً على الدين والسحر كما كان يتضمن أيضاً استخداماً متنامياً للأعشاب الطبية والمنتجات المعدنية وأن كل الأمراض كانت تعالج فى الأصل بواسطة (الشامان) الكاهن أو الطبيب الساحر أو بواسطة بعض الممارسين الشعبيين الآخرين الذين لديهم القدرة على طرد الأرواح الشريرة التى تسبب المرض. وبمضى الزمن أصبح المعالجون أكثر تخصصاً، كما لاحظ المؤرخ الإغريقى هيرودت تزايد التخصص بين الاطباء المصريين[٢].

(١) حسن كمال، الطب المصري القديم، الهيئة المصرية للكتاب، القاهرة، ١٩٩٨، ص٢– ٣ .

* هذه المصادر هى (الازارفافيدا) وهو الكتاب الرابع للديانه الهندية والمسطر حوالى سنه ١٢٠٠ قبل الميلاد، و(بترى) المجمع من قرطاس كاهون الطبى فى مصر القديمة والذى عثر عليه بترى فى اللاهون بمديرية الفيوم عام ١٨٨٩ ويرجع تاريخه الى سنة ١٨٠٠ قبل الميلاد، و(الافستا) وهو كتاب الزارد شتيه المقدس وهى الديانة الفارسية القديمة المنسوبة الى زاردشت والمؤلفة فى حوالى القرن السادس عشر بعد الميلاد.

Frances C. T., Compton's Encyclopedia, http://www . Optonline. Com/ comptons/ ceo.

(2) Snow L., Loc., cit.,

ويسوق حسن كمال في كتابه الطب المصري القديم الدليل على ذلك فيقول : لقد تواجدت شخصية ساحر القرية أو طبيبها أو وليها أو كاهنها في كل الأزمنة السحيقة في سائر جهات الأرض، ونسبت إليه مواهب خارقة للعادة، حيث كان يلجأ الناس اليه اذا أصابهم مرض وعجزوا أمامه لكي يلتمسوا منه المعرفة الإلهية. وعلى مدى التاريخ القديم يجد الإنسان في كل بقعة من بقاع الأرض الطبيب الساحر مرتدياً رداءه الخاص المتغير بتغير الوسط الاجتماعي، فهو أحياناً غول، وأحياناً حيوان ضخم يتكلم كلاماً غامضاً بصوت جهوري مشفوع بدقات الطبول للتأثير علي المرضي نفسياً ولا تزال البقية الباقية من هذه الطائفة ممثلة في مجتمعنا في عالمة الزار وفي الغجريات اللاواتي ينادين في الأحياء الآهلة نبين زين ونرمي الودع وندق ونطاهر[١].

كما توضح الدراسات الحديثة أن أصول الطب القديم ترجع إلي مجموعة معلومات دينية وطب ركة * امتزجت معاً وكونت الطب البدائي الذي ما لبث أن تفرع إلي ثلاث شعب معينة هي: الطب الروحاني والطب الديني والطب الحقيقي[٢] وهو ما يؤكد أن المعرفة الطبية الشعبية كانت منتشرة بدرجة كبيرة بين الحضارات القديمة وخاصة في مصر الفرعونية، ثم تتابعت مراحل تطورها خلال النهضة الاغريقية من «أبو قراط» في القرن الرابع قبل الميلاد حتي «ديوسكوريوس» مؤلف كتاب المادة الطبية الشاملة لأكثر من ٥٠٠ نبات طبي وعطري وعقار معدني كوصفات وعلاجات شعبية للعديد من الأمراض[٣].

---

(١) حسن كمال، مرجع سبق ذكره، ص ١١.

* الركة في اصطلاح النساء العجائز قطعة من الخشب ينفض عليها الكتان لإزالة ما اعتروه من المواد الغريبة وكانت تدور المحادثة بين النساء أثناء هذا العمل على الافتخار بنجاح وصفة جربتها إحداهن لبنتها أو ابنها أو فرد من أفراد عائلتها ومن هنا نسبت هذه الوصفات للركه. والركة في القاموس والركالة بكسر الكاف هي المرأه العجوز الضعيفة العقل وهذا هو السبب في تسمية وصفات النساء بعلم الركة لأن مصدرها أوهام العجائز ومعتقداتهن الباطلة. المصدر: عبد الرحمن إسماعيل، طب الركه، المطبعه البهية بحوش قدم بمصر المحمية، الطبعة الأولي، ١٣١٠هـ، ص ٧-٨ .

(٢) حسن كمال، مرجع سبق ذكره، ص ٥٤ .

(٣) سهير عبد العزيز، التداوي بالأعشاب الطبية، (بحث مقدم إلي مؤتمر الثقافة الشعبية والتنمية بجامعة المنصورة، أكتوبر، ١٩٩٩، ص ٤-٥ .

٢- الطب الشعبي في العصر الإسلامي :

لم يكن فى شبه الجزيرة العربية فى عصر ما قبل الاسلام سوى طب بدائى، ولذلك كانت المعارف والممارسات الطبية نتيجة الاكتشافات العرضية والملاحظة. وفى كثير من الأحيان كانت هذه المعارف تمتزج بالسحر والمعتقدات الخرافية الى أن اكتشف العرب الطب الإغريقى والطب الفارسى من خلال الفتوحات الاسلامية لمصر وبلاد ما بين النهرين وبلاد فارس. ثم تأسست المدرسة الطبية الإسلامية فى بلاد المشرق فى آواخر القرن التاسع وحتى منتصف القرن الثالث عشر والمشهورة بأسماء شخصياتهم العظيمة من أمثال: الرازى[١]، وابن سينا وابن النفيس وابن داود الأنطاكى مؤلف تذكرة أولى الألباب المعروفة باسم تذكره داود لاشتمالها على كثير من الأمراض وأعراضها والوصفات الطبية التى تعالجها وتؤدى إلي سرعة الشفاء منها. ثم تبعتها المدرسة المغربية فى بلاد المغرب من أمثال: الزهراوى وابن زهر وابن رشد. ومن الجدير بالذكر أن المدارس الطبية الأوربية تأسست بعد ذلك فى القرنين الحادى عشر والثانى عشر فى ساليرونو بإيطاليا ومونتلير بفرنسا بفضل ترجمة المؤلفات العربية الى اللغة اللاتينية بواسطة قسطنطين الإغريقى حيث بدأ ينتشر الطب شيئاً فشيئاً فى أوروبا[٢]. كما تجدر الإشارة أيضاً إلي أن الآثار الروحية للإسلام طغت على ما كان موجوداً من عطارة وأعشاب فى الطب التقليدى فى البلاد العربية قبل الإسلام، كما ازداد الطب العربى الإسلامى ازدهاراً أيام العباسيين وأيام الحضارة العربية فى الأندلس إلي أن جاءت الامبراطورية العثمانية باهتماماتها العسكرية الحديثة، فتسربت أساطير القرون الوسطي وخرافات المشعوذين والدجالين ونسبت إلي المجتمعات العربية والإسلامية، وتجاهل بعض المؤرخين ما انتقل إلي أوروبا من الحضارة العربية الإسلامية، وفى مقدمتها علوم الطب والصيدلة والفلك والاجتماع وخاصة ما يسمي بالطب الشعبى فى مقابل الطب الحديث أو الطب التقليدى. وما اتسم

---

(1) Savage S. E., "Islamic Culture and Medical Arts", U.S. National Library of Medicine (NLM), http://www- ningov/: (1998). 17/3/2000.

(٢) بدر التازي، مرجع سبق ذكره، ص ١٩ – ٢١ .

به الطب العربي الإسلامي من تحرره من مفاهيم السحر والجان وحدوث اكتشافات وابتكارات ومستحدثات في المعرفة الطبية نتيجة محاولات وتجارب عديدة وليس نتيجة الصدفة[١].

فمن السمات الواضحة في الطب الإسلامي تحرره من مفاهيم السحر والجان وسيادة الجانب الروحي علي ممارساته واحتوائه علي جوانب شعبية وأخري علمية. ويذخر العصر الإسلامي بالعديد من العلماء المسلمين الذين اشتهروا بمكانتهم الطبية. ومن أشهر هؤلاء العلماء ابن سينا الملقب بالشيخ الرئيس وكان طبيباً وشاعراً وفيلسوفاً ويعالج الأمراض بلا مقابل وقد تعرض في كتابه القانون لما يمكن تسميته الآن بعلم وظائف الأعضاء وعلم الأمراض وعلم الصحة وعلم الأدوية والتشريح وكانت له نظرة شاملة إذ كان ينظر إلي المرض وظروفه الاجتماعية ومقدار شدته وسن المريض. وكذا الكندي الذي استخدم الموسيقي للتأثير علي المرضي. والطبري صاحب كتاب فردوس الحكمة الذي تحدث فيه عن كيفية استخدام الأدوية والفصد والحجامة والغذاء الصحي. وابن البيطار الذي يعد إمام النباتيين وشيخ علماء الأعشاب[٢].

كما عالج القرآن الكريم الأسس التي يقوم عليها بناء الصحة المتكامل سواء علي مستوي الفرد أو الجماعة وهي: النظافة والغذاء والرياضة والطهارة(طهارة الجسم والملبس) والرعاية الإنسانية للمحافظة علي صحة الإنسان وتجنبه ما لا يستطيع أن يتحمله بدنه، كما أورد العديد من التوجهات في مجال الطب العلاجي والوقائي.

وكذلك يؤلف الطب النبوي جزءاً هاماً من الطب العربي في فجر الاسلام، فكان من أهم أهدافه- وهو طب وقائي- تصحيح الأخطاء الشائعة في المعالجات الشعبية. والنص علي مشروعية الحمية ومشروعية التداوي بالأدوية المادية وعدم تنافيها مع التوكل علي الله تعالي والإيمان بقدره. وبيان بعض المعالجات الروحية

---

(١) إبراهيم خليفة، مرجع سبق ذكره ،ص ٣٧- ٣٨ .

(٢) المرجع السابق، ص ٤٧، ٤٨ .

الإسلامية لتحل مكان رقى الجاهلية كما صحح الرسول عليه الصلاة والسلام الكثير من الأخطاء الشائعة فى المداوة الشعبية كالمبالغة فى المعالجة بالعسل والحجامة والكى والعذرة (أمراض الحلق والبلعوم)، كما ورد فى الاحاديث النبوية وفى أخبار الصحابة أسماء لأعضاء وأمراض وأعراض مما يشير إلي ان العرب كانوا على شيء من المعارف الطبية منذ قبل الإسلام[١].

٣- تأثير المصادر الثقافية علي معتقدات الطب الشعبي :

هناك ثقافة رسمية وأخري غير رسمية. فالطب الشعبى يتكون من المعتقدات والممارسات غير الرسمية الموجودة فى كل المجتمعات والتى تشتمل علي مجالات دينية مثل التضرع والابتهالات من أجل العلاج أو فكرة أن الإثم والخطيئة يسببان المرض، ومجالات أخري مادية ومحسوسة مثل تناول إفطار ساخن لمقاومة برد الشتاء أو استعمال أعشاب معينة لمعالجة بعض الأمراض مثل (الزهرة الجزاعة لعلاج اللبلاب السام). وهو بهذا الوصف عكس الطب الرسمي الذي ينبني علي أساس رسمى - بمعني أن الشيء يكون رسمياً إذا كان مرخصاً به بطريقة رسمية. ويتصف الطب الشعبى بالإجازة والاعتماد ولكنها إجازة غير رسمية مبنية علي خبرة الحياة وليس علي الشهادات العلمية والتراخيص الرسمية كما فى الطب الرسمى. ولذلك تتغير وتتنوع ممارسات ومعتقدات الطب الشعبى بدرجة أكثر من معتقدات وممارسات الطب الرسمي[٢].

وحينما تسيطر الأفكار الدينية والثقافية علي صياغة المفاهيم المتعلقة بالصحة والمرض فإن ذلك يعد بمثابة عوامل محفزة لاستعمال الطب الشعبي. وبالتبعية تؤدى الاختلافات الثقافية إلي اختلافات كبيرة وهامة فى أسباب وطبيعة المرض. فعلي سبيل المثال يري سكان جزر الباسفيك أن المرض هو تعبير ومظهر للمتناقضات والصراعات العائلية، كما يؤمن الأفراد بتسوية التوترات والخلافات العائلية غير

---

(١) راجع : محمود ناظم النسيمى، الطب النبوى والعلم الحديث، الشركة المتحدة للتوزيع- دمشق ١٩٨٤ الجزء الأول، الجزء الثانى.

(2) David J. Hufforf, op. cit, pp. 725-726

المقبولة اجتماعياً من خلال المرض بدلاً من تسويتها من خلال المواجهة والتحديات المباشرة[١]. كما يعتقد الكثير من الهنود الأمريكيين أن القوي فوق الطبيعية غالباً ما تسبب المرض عقاباً لاستباحة المحرمات الدينية[٢] كما ينظر أيضاً بعض الأمريكيون الأفارقة إلي المرض بمسميات دينية أو فوق طبيعية مثل أعراض السحر[٣]. ولذلك يري كثير من الأسيويين من جنوب شرق آسيا أن المرض نصيب طبيعي من المعاناة المكتوبة علي الإنسان[٤].

وعلي الرغم من وجود اختلافات ثقافية فيما يتعلق بالنظر إلي الصحة والمرض فإن معتقدات وممارسات الطب الشعبي تمثل نظاماً معرفياً متكاملاً للفهم المنطقي لأسباب المرض واتخاذ قرار بشأن العلاج. فهناك عادات وتقاليد طبية شعبية مختلفة تشترك أيضاً في كثير من الخصائص والسمات المشتركة وهي:

أ - ينظر الطب الشعبى إلي أن الحالات الأساسية للمرض بصفة عامة هي نتيجة لنوع ما من عدم التوازن أو نقص التناغم والذى يتراوح بين الإثم والخطيئة إلي التوازن غير الملائم فى العلاقات الشخصية.

ب - هناك مرجعية مشتركة للمسئولية الشخصية فى الطب الشعبى التى توفر العامل الأخلاقى الذى يساعد علي تأكيد وضع الترابط بين صحة الفرد والجماعة أو المحيط المادى. هذا الطابع الأخلاقى الذى يلقي الضوء علي الوظيفة الاجتماعية-النفسية لنظم العلاج الشعبى (تكامل خبرة المرض داخل رؤية ذات معني للعالم).

---

(1) Douglas kc, Fujimoto D., "Asian Pacific elders: Implications for health care providers", clin Geriatr, 1995: 11:p. 69.

(2) Jackson LE, "understanding, eliciting, and negotiating client's multicultural health beliefs," Nurs Pract, 1993:18: p. 30.

(3) Barker-cummings C., et., al., "Ethinc differences in the use of peritoneal dialysis as initial treatment of end-stage renal disease JAMA, 1995: 274 p 1858.

(4) Uba L., "Cultural barriers to health care for southeast Asian refugees", Public Health Rep., 1992: 107. p. 544.

ج- عادة ما تكون ممارسات الطب الشعبى مركبة وتنطوى علي أسباب متعددة أو نظرة كلية لأسباب المرض.

د – هناك تأكيد علي أنواع مختلفة من الطاقة التى تحقق مفاهيم التناغم والتكامل والتوازن، أمثلة الطاقة المحتواة فى الطبيعة (الطهى غير الملائم للأطعمة)، والأفكار فوق الطبيعية للمرض مثل (السحر) والتى توصف كطاقات موجبة أو سالبة وطاقات مدمرة للحياة.

وتتداخل هذه الخصائص المشتركة للطب الشعبى وتخدم مجموعة مركبة من الأهداف، ومع أن هدف الطب الشعبي هو علاج تأثيرات المرض مثل هدف الطب الحيوي المألوف فإن معظم نظم الطب الشعبى تساعد وتخدم أهدافاً لا ترتبط بالنموذج الطبى علي الإجمال والتى يمكن أن تؤثر فى ملاحظة وعلاج المرض. مثال: سوف تسمح معتقدات الطب الشعبي للفرد بأن ينظر إلي أبعد من العملية الباثولوجية الأساسية للسعي للتخلي عن المسئولية بالنسبة للمرض وتوسيع قائمة احتمالات التشخيص التي قد يوافق عليها الفرد. فالمسئولية قد تقع علي المريض مثل : الخلاص من الخطيئة أو الإثم، وقد تقع علي البيئة التى يعيش فيها المريض مثل السحر أو أي شكل من أشكال الشعوذة. ومن ثم فإن تحديد المسئولية يستوجب تركيز المعالجة الشعبية(١).

ثالثاً: العلاقة بين الطب الشعبي والنظريات الطبية القديمة:

تبدو الممارسات الطبية الشعبية متشابهة بشكل بنيوى فى كل بلاد العالم، فقد احتفظت الجماعات العرقية القادمة من حوض البحر المتوسط ببعض المعتقدات عن المعالجين اليونانيين القدماء والتى تنطوى علي نظرية توازنات معينة. وتنبنى هذه النظرية علي الاعتقاد بأن الجسم يجب أن يكون فى حالة توازن بين الحار والبارد، والرطب والجاف، والضغط الخارجى والضغط الداخلى، وإذا ما اختلت هذه التوازنات ستكون النتيجة هي حدوث المرض. وهذا ما يعبر عنه هذه الأيام فى شكل تحذير الأم لطفلها بأن لا يخرج إلي الهواء البارد بعد حمام ساخن خوفاً من المرض(٢).

(1) David J. Hufford, Op., Cit., PP. 723-741.

(2) Snow L., Loc., Cit.,

كما أن أحد المفاهيم السحرية التى انتشرت وسط هؤلاء الناس عن أسباب المرض هو أن المرض يمكن أن يحدث من جراء العين الشريرة (الحاسدة)، فالتحديق فى الناس وتسديد نظرة إعجاب شديد أو التملق البغيض أو إظهار الحسد الصريح تضرب كلها الأمثلة للعين الحاسدة. وفى بعض الحالات قد ترفع الإصابة الناتجة من العين الحاسدة بواسطة التبرك أو المس الخفيف(١).

ويستمد الطب الشعبى أصوله أيضاً من النظريات القديمة التى تنبنى علي فكرة أن الصحة الكاملة تعتمد علي التوازن المتناغم بين اثنين أو أكثر من العناصر والقوي الموجودة داخل الجسم، وأن هذا التوازن يعتمد بدرجة ما علي قوي خارجية مثل الغذاء والبيئة أو عوامل فوق الطبيعية بالإضافة إلي المؤثرات الداخلية كالضعف الوراثى أو الحالة العقلية، وأن أسباب المرض ترجع إلي اختلال التوازن بين هذه القوي وتلك العوامل. وتنبني كل هذه النظريات علي أساس النظريات الطبية القديمة بشأن أسباب المرض وهي:

١- النظريات الطبية المصرية القديمة(٢) وهي :-

أ - نظرية الأخلاط الأربعة: الدم والبلغم والصفراء والسوداء والتى وردت في قرطاس إيبرس سنه ١٥٥٠ قبل الميلاد.

ب - نظرية العناصر الأربعة: الأرض والهواء والنار والماء والتى ابتكرها امباذوكليس سنة ٤٩٠ - ٤٣٠ قبل الميلاد، واعتبر أن كل الأشياء مكونة من هذه العناصر الأربعة، وأن الصحة نتيجة توازن هذه العناصر والمرض نتيجة عدم توازنها. وقالت هذه النظرية بعدم النشئ الذاتى وهو قول يتفق مع النظرية الحديثة القائلة بالاحتفاظ بالطاقة، وقالت أن كل شئ يبدأ باتصال هذه العناصر وينتهى بتنافرها. ثم طبق هذه النظرية علي الحب والكراهية ثم علي الخلق. وعلي ذلك فتواجد المادة هو نتيجة اجتماع عناصر مماثلة. أما التلف فهو نتيجة أيلولة كل عنصر إلي ما يماثله

---

(1) Idem.

(٢) حسن كامل، مرجع سبق ذكره، ص ٥٣- ٦٢ .

فالهواء يعود ثانية إلي هواء والنار إلي نار والأرض إلي أرض.

ج- نظرية الصفات الأربعة: البرودة والحرارة والجفاف والرطوبة التى وضعها أرسطو سنة ٣٨٤ - ٣٣٢ قبل الميلاد، ثم جمعها مع العناصر الأربعة بطريق الضم والتبادل لتصبح كما يلى:

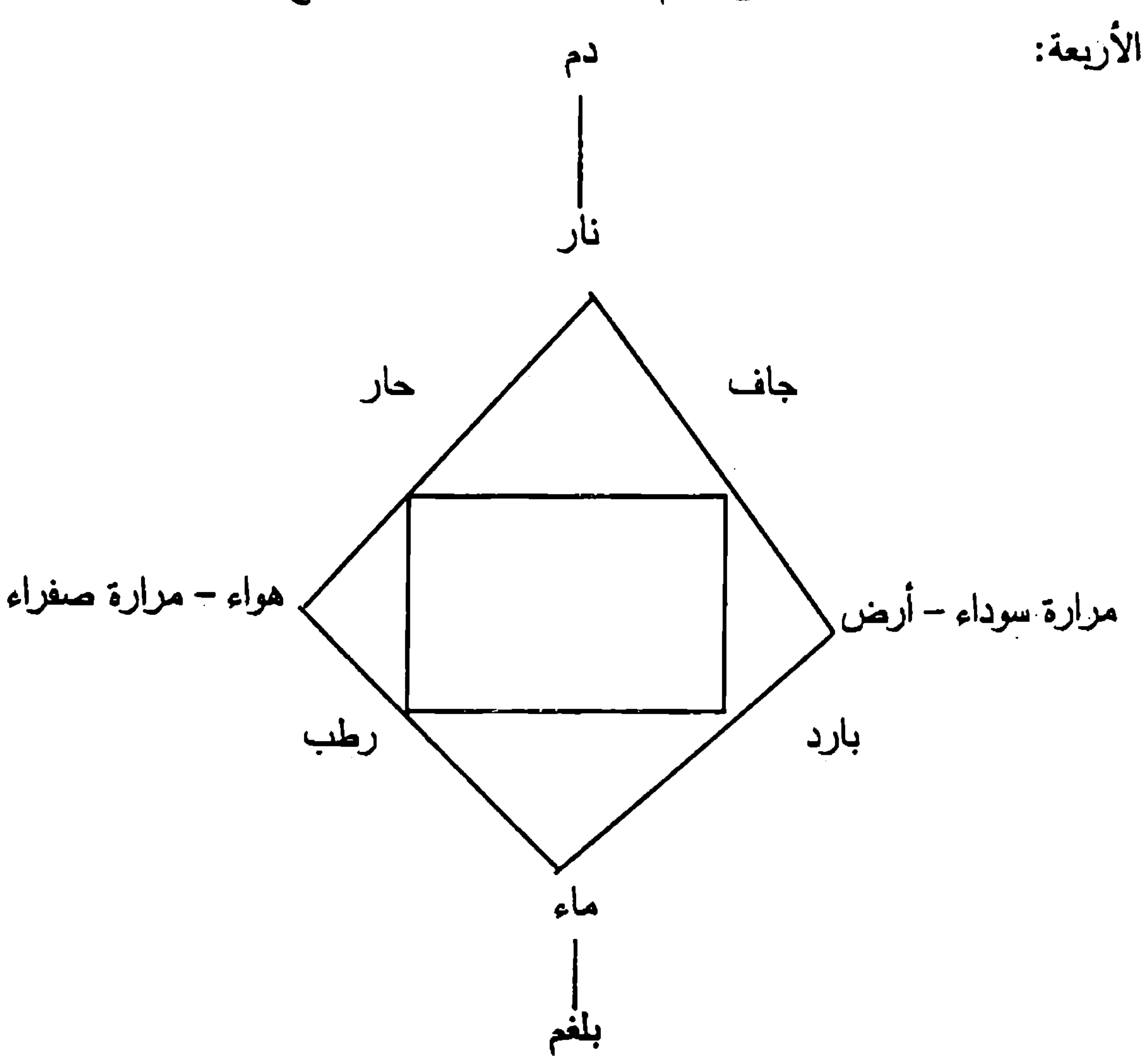
الحرارة + الرطوبة = الدم

البرودة + الرطوبة = البلغم

الحرارة + الجفاف = المرارة الصفراء

البرودة + الجفاف = المرارة السوداء

واعتبرت باثولوجيا الأخلاط أن الصحة والمرض هما نتيجة توازن أو عدم توازن هذه الأجزاء. وفيما يلى رسم لهذه العناصر بالاتحاد مع الأخلاط والصفات الأربعة:



وقد تطورت هذه النظريات بعد ذلك بواسطة (أبو قراط) وأعيد صياغتها في نظام طبى يحتوى فيه الجسد علي هذه الأخلاط الأربعة حيث تتحقق الصحة بالتناسب الأمثل بين بعضها وبعض، كما يحدث المرض بسبب زيادة أو نقص أياً من هذه الأخلاط. كما يمكن أن تؤثر البيئة والتغذية فى هذا التوازن الأمثل لهذه الأخلاط بإزالة الزيادة عن طريق فصد الدم وتطهير البطن والتقيؤ والتجويع أو بواسطة الإحلال بدلاً من النقص الذي يوجد فيها بواسطة التغذيــة وعقاقير معينة(١).

وقد تضمن هذا النظام أيضاً نظرية الأنماط الشخصية: الدموى (الدم الزائد)، والبارد (البلغم الزائد) والسريع الغضب (زيادة الصفراء) والكئيب (زيادة السوداء). ثم تطور الطب الأبوقراطى بعد ذلك عن طريق الطبيب اليونانى جالينوس سنة ٢٠٠ – ١٣٠ قبل الميلاد وانتشرت أعماله تدريجيا فى العالم الرومانى والعالم الإسلامى خلال القرون التالية، وترجمت أجزاء كبيرة منها إلي اللغة العربية خلال القرن التاسع عشر فى ظل الحكم العباسى ببغداد. كما تم استعارة الكثير من طب الأخلاط بواسطة الأطباء الأسبان والبرتغاليين أثناء الفتح الإسلامى للأندلس ثم نقل بواسطة أسلافهم بعد ذلك إلي جنوب ووسط أمريكا ثم إلي الفلبين. واستمر طب الأخلاط فى هذه الأيام يمثل أساس المعتقدات العامية حول الصحة والمرض فى معظم أمريكا اللاتينية وفى العالم الإسلامي فضلاً عن أنه يعد أحد مكونات طب (الأيورفيدا) التقليدى فى الهند(٢).

٢- نظرية الحار – البارد في أمريكا اللاتينية:

تعرف نظرية الأخلاط فى الطب الشعبي فى أمريكا اللاتينية بنظرية (الحار – البارد) وهي تفترض أنه يمكن المحافظة علي الصحة أو فقدها تبعاً لتأثير الحرارة أو البرودة علي الجسم. ولا تتعلق هذه النظرية بدرجة الحرارة الفعلية بل بطاقة رمزية محتواة في المواد التي تشتمل علي الطعام والأعشاب الطبية والأدوية العلاجية هذا بالإضافة إلي أن كل الحالات النفسية والأمراض والقوي الطبيعية تتدرج فى شكل

(1) Cecil Helman, Culture, Health and Illness, OP., Cit., p. 12.

(2) Idem.

ثنائي داخل الأنواع الحارة والباردة. وللمحافظة على الصحة يجب أن يبقي توازن درجة الحرارة الداخلية للجسم بين القوي المتقابلة للحرارة والبرودة وخاصة بتجنب التعرض لأي من هاتين الخاصيتين فترة طويلة. وتسترد الصحة في حالة المرض بواسطة استئناف درجة الحرارة الداخلية من خلال تعرض المرء للحرارة أو تناول مواد ذات خواص متناقضة مع تلك المواد التي يعتقد أنها مسئولة عن حدوث المرض. ويتم علاج الأمراض التي تعد من قبيل الأمراض الحارة- والتي يعتقد أنها تحدث بسبب التعرض للشمس أو النار أو بسبب تناول أطعمة أو مشروبات حارة وكذلك حالات الحمل والطمث التي تعد أيضاً من الحالات المرضية الحارة- بتناول طعام بارد أو بالتداوي بعلاج بارد مثل كمادات الماء البارد. وتربط النظرية العامية لأسباب المرض بين الأداء الداخلي للجسم والتاثيرات الخارجية مثل التغذية والبيئة، حيث توجد أطعمة وعوامل بيئية حارة وباردة وأن عدم التوازن بينها داخل الجسم يسبب الأمراض الحارة أو الباردة والتي تعالج بتناول أطعمة ذات خواص متناقضة لها. والدم الزائد الذي يري كسمه للأمراض الحارة يعالج بواسطة تبريد سطح الجسم وتناول الأطعمة الباردة أو باستخدام الحجامة والجراحة عند الرقبة لامتصاص وسحب الدم[١].

٣- نظرية الأيورفيدا الهندية:

هناك مفاهيم وأفكار معقدة جداً في نظرية الأيورفيدا الهندية القديمة مماثلة لعلم وظائف أعضاء الجسم الذي يساوي بين الصحة وحالة التوازن، حيث تفترض الأيورفيدا الهندية أن هناك خمسة عناصر أساسية في الكون هي: السماء والهواء والمياه والأرض والنار وتعتبرها المقومات الأساسية لكل الحياة وتشكل الأخلاط الثلاثة وهي الهواء والصفراء والبلغم. فالطعام الذي يحتوي علي العناصر الخمسة يطهي بواسطة النار في الجسم ويتحول إلي فضلات جسمية وإلي جزء منقي. ويتحول هذا الجزء المنقي بالتالي إلي سبعة مكونات أساسية في الجسم هي: العصارة الغذائية والدم

(1) Logan M.H., "Selected references on the hot -cold theory of disease.", med. Anthropol Newsletter 1975: 6, p 8. and hand W., Loc., Cit.

واللحم والعظم والنخاع والمني، وتذهب العناصر الخمسة أيضاً لتشكل ثلاثة أخلاط في الجسم: حيث يتحول عنصر الهواء إلي غازات وتظهر النار في شكل الصفراء والماء في شكل البلغم. وينتج الأداء المتناغم للجسم من التوازن الأمثل لهذه الأخلاط كما تحدث الأمراض بسبب الزيادة أو النقص النسبيين لواحد أو أكثر منها(١).

رابعاً: أهمية الطب الشعبي :

أحدث الطب الشعبي دوياً هائلاً في كل المجتمعات وفي مختلف الأوساط والثقافات في السنوات الأخيرة، وبحيث أصبح الكثير من المرضي يفضلون الطب الشعبي علي الطب العلمي الحديث. كما أضحي هناك اهتمام متجدد بهذا الطب الشعبي الذي ظهر منذ زمن بعيد، والذي أهملت ممارسته لفترة ما بسبب براعة الطب الألوباثي*. غير أن الناس – في معظم أنحاء العالم– بدأوا يهتمون وينظرون في نظمهم الطبية القديمة مرة ثانية – والتي يشكل الطب الشعبي أهم مقوماتها– وذلك بعد سنوات طويلة من الشك الشديد في النظام الطبي الحديث الذي قدم إليهم من الغرب. وعلي ذلك يمكن تحديد أسباب الاهتمام بالطب الشعبي وازدهاره وازدياد شعبيته في أسباب رئيسية تنسب إلي الطب الألوباثي وأخري ثانوية أو فرعية ترجع إلي الطب الشعبي نفسه(٢).

١- الأسباب الرئيسية:

(أ) تزايد الآثار الجانبية للطب الألوباثي وخوف الناس من هذه الآثار، وهذا هو السبب الأول والأكثر أهمية والذي أقلق الناس بصفة عامة والمرضي بصفة خاصة.

---

(1) Obeyese kere G., "The theory and Practice of Ayurvedic medicine", cult. Med. Psychiatry, 1977:1, p. 155.

*الطب الألوباثي: طريقه في التطبيب تقوم على استعمال علاجات تحدث آثار متناقضة مع تلك الآثار التي احدثها المرض المعالج. انظر: Lorna G. Moore, Op., Cit, pp. 235-36

(2) Bethesda, "What is complementary and Alternative Medicine", publication No. D156, May 2002. National center for complementary and Alternative Medicine (NCCAM).

(ب) التكلفة الحلزونية (المتزايدة) للطب الألوباثى وخاصة فى دول العالم الثالث أو الدول النامية.

(جـ) حينما يصاب الناس بالإحباط والفشل فى الحصول علي العلاج المطلوب لأمراضهم من خلال الطب الحديث فإنهم سوف يبحثون عن بعض أشكال العلاج البديلة التى تخفف عنهم آلام المرض، وهنا يكون الطب الشعبى هو ملاذهم.

٢- الأسباب الثانوية:

(أ) هناك ارتباط بين الثقافة والطب الشعبى فى كثير من المجتمعات وخاصة فى المناطق الريفية، ومن ثم يكون من السهل علي المجتمع الريفى أو الناس الريفيين قبول الطب الشعبى.

(ب) تجذب بساطة ممارسات الطب الشعبى الكثير من الناس وتدفعهم للجوء إليه.

(جـ) هناك بعض الناس لديهم كره أو نفور دينى أو فلسفى لبعض الممارسات الطبية الغربية، وبالتالى يفضلون ممارسات الطب الشعبى.

أهم السمات التى تميز الطب الشعبى عن الطب الحديث:

يكتسب الطب الشعبى أهمية أيضاً باعتباره أحد أشكال الطب البديل التى يشترك معها فى العديد من السمات والخصائص التى تميزه عن الطب الحديث، فهو يمارس منذ زمن بعيد مثل الطب التقليدى، كما أنه يفضل عن الطب الألوباثى فى كثير من الحالات مثل الطب المكمل، كما أنه ينظر إلي الجسم البشرى ككل متكامل ليشمل الأبعاد الروحية والاجتماعية والعقلية والجسمية مثل الطب الكلى، وهو وثيق الصلة بحياة وثقافات جماعات معينة من الناس مثل الطب العرقى، وقد تعتمد أساليبه أيضاً علي قوانين الطبيعة والمادة الطبيعية مثل الطب الطبيعى. وعلي الرغم من أنه قد يكون لكل من هذه الأشكال الطبية سماتها وخصائصها الخاصة بها، فهي تشترك مع الطب الشعبى في بعض من هذه السمات البارزة التي تميزه عن الطب الحديث وتمثل فى نفس الوقت محور الاهتمام به وتعمل علي ازدياد شعبيته[١]. وتتلخص

---

(1) Ibid.,

هذه السمات في النقاط التالية:

١- تشترك هذه النظم في أن مفهوم الصحة بالنسبة للفرد هو السعادة في كل الجوانب الروحية والاجتماعية والعقلية والجسمية. بينما يتعامل الطب الحديث مع الجسم البشرى كآلة، بمعني أن تركيزه الأساسي يقع علي النواحي الفيزيقية من الحياة. وقد استطاعت هذه النظم أن تحدد أن هناك صلة معينة بين الأبعاد المختلفة للحياة، وأن المجالات الروحية والاجتماعية والعقلية لها تأثير واضح علي الجسم البشري من الناحية الفيزيقية. ومن ثم لكى يحصل الفرد علي رعاية طبية نموذجية وأن يحتفظ بصحة جيدة فعليه أن يعيد تنظيم الجوانب الأخري من الحياة البشرية. فالصحة تعرف علي أنها حالة من السلامة الفيزيقية والعقلية والتكيف الاجتماعى والسمو الروحى.

٢- تؤكد معظم هذه النظم علي المحافظة علي الصحة باتباع أنماط حياة صحية، بمعني أنها تؤكد علي اتباع نظام تغذية مناسب وممارسة التدريبات الرياضية وإقامة العلاقة الإنسانية والسلوكيات الايجابية والبيئية النظيفة وعلي القيم الروحية والأخلاقية ... الخ. ومن ثم فهي تعطى الجوانب الوقائية والتشجيعية للصحة ما تستحقه من أهمية وقيمة وتجعل الشخص علي وعى بالمحافظة علي صحته الكلية.

٣- تجنب الممارسات البسيطة للطب الشعبى تناول وامتصاص الجسم الإنسانى للعقاقير الفعالة والصعبة، ومعاناة التشخيص والتدخل الجراحى غير الضرورى، وذلك بما لها من فلسفة فريدة ووسائل غير مكلفة فى التشخيص والعلاج، حيث تعتمد بشكل كبير علي نباتات طبية تزرع فى نفس البلد الذى يمارس فيه.

٤- ليس هناك ثمة أضرار جانبية من ممارسة الطب الشعبى أو نظم الطب البديلة.

٥- تقدم هذه النظم الطبية المجربة بدائل وإجابات معقولة لمعظم الأمراض التى ليس لها إجابات فى العلاج الطبى الحديث مثل الخلل الكولاجينى وأمراض التفسخ وأمراض العظام والمفاصل وكذلك الأمراض النفسية وخاصة حينما يكون هناك دور هام للعوامل الروحية والوجدانية والسلوكية في العلاج.

٦- الثقة.. فالنتيجة الكلية لكل هذه المقدمات (السمات) تؤدى إلي ثقة فى الطب الشعبى وسط كل هؤلاء الذين يمارسونه. وهناك حقيقة معروفة لكل الأطباء أن الإيمان والثقة غالباً ما تعالج المرض حينما يعجز الطب الحديث عن تقديم العلاج ولذلك ينصرف أكثر الناس عن الطب الحديث ويلجأون لأشكال طبية أخري لها ثقة وإيمان فى قلوبهم وابتهالات علي شفاههم، حيث يكون لهذه النظم قوة السحر الذى يحرك الجبال.

ويتضح مما سبق أن الاهتمام بدراسة الطب الشعبى ليس مجرد قضية علمية تستحق العناية وتستحق ما يبذل فيها من جهد فحسب، ولكنه أيضاً قضية مجتمعية وقومية تستحق التوقف عندها ولفت النظر إليها. فقد أثبتت كل الدراسات الحديثة فى الطب الشعبى أن الصراع بينه وبين الطب الحديث وخاصة فى المناطق الريفية هو صراع متصل ولم يتوقف بالرغم من كل المنجزات العلمية التى حققها ومازال يحققها الطب الحديث[١].

خامساً : النظرة المستقبلية للطب الشعبي :

لقد كان من المفترض أن ينقرض الطب الشعبى مع القرن الماضى وذلك بسبب التقنيات الطبية الحديثة والتطور الهائل الذى حدث فى مجال الطب العلمى. غير أن الواقع أثبت أن هذه الفكرة باتت خاطئة، فازداد الاهتمام ببدائل الطب الحديث وازداد استعمالها فى الوقت الذى حققت فيه التقنيات الطبية مستويات جديدة من التطبيقات والمنجزات بشكل مثير. وبناء على ذلك وبسبب الانتشار الكبير لثقافة الطب البديل الذى بدأ يستحوذ علي الاهتمام العام والاهتمام الطبى فقد شاع مصطلح الطب الكلى فى نهاية السبعينات من القرن العشرين. وفى التسعينات أصبح هناك اعتراف عام بأن الطب البديل أضحى منافساً شديداً للطب الرسمى، وبالتبعية ازداد انتشار الطب الشعبى وتواصل ولم ينقرض بتطور الطب الحديث. بل قد تعايش معه فضلاً عن تشابه بعض الممارسات العلاجية في كل منهما:

---

(١) عبد الرحيم أبو كريشه، مرجع سبق ذكره، ص ٣ .

١- تعايش الطب الشعبى مع الطب الحديث:

إن التساؤل الذى يفرض نفسه فى هذا الصدد هو ما العلاقة بين الطب الشعبى والطب العلمى الحديث خلال مراحل التقدم التى تمر بها كل المجتمعات، وما هى طبيعة هذه العلاقة هل هى علاقة تضاد وتنافر أم علاقة تقارب وتعايش جنباً إلي جنب؟ فالواقع العملى يبين أن الكثير من أفكار الطب الشعبى توجد فى كل المجتمعات بالتزامن مع تقاليد ومعتقدات الطب العلمى الحديث وتتعايش معها. كما أن الطب الشعبى لم يكن مقصوراً علي الفئات الأقل تعليماً فى المجتمع- أو بمعنى آخر- المعزولة عن الثقافة السائدة فى المجتمع. والنقاط التالية تعد أمثلة لبعض المعتقدات والمفاهيم الطبية الشعبية التى تؤكد اتفاق مفاهيم ومعتقدات الطب الشعبى مع الطب الحديث:-

أ - الاتفاق حول مفهوم البرودة المسببة للمرض:

يعتقد كثير من الناس أن المرض يحدث بسبب التعرض للبرد، وخاصة عندما يتعرض له الشخص وهو فى حالة ضعف وإعياء. وهناك أنواع عديدة من الأمراض ترتبط بالتعرض للبرد فى كل المعتقدات، بعضها خطير مثل التهاب المفاصل ولكن أكثرها حدوثا هو حالة البرد الشائع التى تصيب معظم الناس. كما تتعدد الأسباب التى يعتقد أنها تزيد من حساسية الإصابة بالبرد كالنظام الغذائى غير المتوازن وفترة الطمث (الحيض) والملابس الغير ملائمة لحالة الطقس والاجهاد الشديد. وتمثل المعتقدات المتعلقة بالبرودة وأسباب المرض جانباً كبيراً من تقاليد ومعتقدات واسعة الانتشار يرجع تاريخها الى عصر (أبو قراط)، وهى جزء محورى فى نظام الطب الشعبى حيث تشكل معرفة شعبية مقبولة ومنتشرة فى معظم المجتمعات. حتى بالنسبة لهؤلاء الذين ينظرون الى الطب الحديث على أنه مرجعهم الوحيد فى الرعاية الصحية، فإن معتقداتهم الخاصة بالبرودة وأسباب المرض الناجم عنها هي التى تشكل سلوكهم الصحى بدءاً من إجراءات الوقاية من المرض وخلال فترة مقاومة المرض حتي مرحلة النقاهة ومن ثم فإنها تتداخل مع الطب الرسمى وتتعايش معه[1].

---

(1) Harwood A., "The hot-Cold theory of disease" JAMA, 216, 1971: P. 1153.

ب - الاتفاق حول استعمال بعض الأعشاب الطبية والوصفات الشعبية:

هناك مفاهيم مشتركة توضح مدى التفاعل بين الطب الرسمى والطب الشعبى حول استخدام بعض أنواع الأعشاب الطبية فى معالجة أمراض معينة. فعلى سبيل المثال: لقد استخدمت بذور نبات الزنجبيل منذ قرون طويلة فى الطب الصينى التقليدى لمعالجة حالات الغثيان ومازال استخدامه منتشراً فى الطب الرسمى حتي الآن وعلى مر الاجيال، وما زال الباحثون الطبيون يجرون أبحاثهم حول استعمال هذا النبات حتى الآن(١). كما أن هناك دراسات حالية تؤكد وتوثق فاعلية عصير التوت البرى ضد عدوى المسالك البولية عند النساء، وخميرة الزبادى الطبيعى ضد الفطريات المهبلية(٢).

وقد يثير الاستعمال المتزامن لهذه النباتات والوصفات الطبية الشعبية فى الطب الشعبى والطب الرسمى التساؤل عما إذا كانت ممارسة هذه المعتقدات ستتوقف كممارسة شعبية بعد أن يتم توثيقها كعلاجات فى الطب الرسمى. والإجابة بالطبع لا، لأن إضفاء الصفة الشعبية هنا يشير إلي سياق النقل والاستخدام أما المعتقد الشعبى نفسه أو استخدامه فلا يكون رسمياً أو شعبياً بشكل متوارث. فبعض الناس يحفظون وصفات علاجية خاصة بهم ثم يستعملونها وفقاً لأفكار ومفاهيم عرفوها من خلال تقليد سماعى واندمجت مع كثير من الأفكار المبنية علي الطب الرسمى. وهذا لا يضفى علي العلاجات الموصوفة نفسها صفة طب شعبى ولكنها تصبح «عقاراً علمياً» بعد أن توثق فاعليته ويوصى به الأطباء وهذا يبين كيف يمكن أن تنتقل المفاهيم والأفكار من نظام طبى إلي نظام آخر(٣).

(1) Mowrey D., Clayson D., "Motion Sickness, Ginger and Psychophysics, Lancet 1, 1982: P. 655.

(2) Hilton E., and et ., al., "Ingestion of Yogurt Contining Lactobacillus Acidophilus as Prophylaxis for Candidal Vaginitis Ann Intern Med 116, 1992: P. 353.

(3) David J Hufford, Op., Cit., P. 733.

جـ- الاتفاق حول ما يتعلق بصحة المرأة :

هناك اتجاه ثقافى جدد الاعتراف بتقاليد الطب الشعبى بجانب الطب الحديث ,وهو الجانب الذى يتعلق بصحة المرأه . حيث أشارت انتقادات عديدة موجهة الى الطب الحديث فى موضوع المساواة بين الرجل والمرأة فى ممارسة مجالات الرعاية الصحية المختلفة، والجانب الهام الذى سبب هذا التوتر بين الطب الرسمى والتقاليد الصحية للمرأه هو مجال طب التوليد من وخاصة حينما استبدل الطب الرسمى تقليد المولدات بالمنازل (القابلات) بأطباء التوليد من الذكور ومستشفيات الولادة(١) الأمر الذى أدي إلي عودة نظام القابلات فى النصف الثانى من القرن العشرين مما يعطى أمثلة جديدة لدخول الممارسات الصحية الشعبية النسائية فى أشكال طبية بديلة.

كما انتشرت تقاليد طبية نسائية أخرى عبر الحدود العرقية والاجتماعية مثل استخدام المستحضرات العشبية من ورق التوت الشوكى أثناء الحمل أو مشاكل الطمث (الحيض) وأصبحت تمثل أفكاراً ومفاهيماً تنتقل فى وقت واحد فى الطب الشعبى وفى الدوريات العلمية المتخصصة من خلال الكلمة المنقولة أو المطبوعة(٢).

د- الطب الشعبي والممارسات الطبية العرقية:

كان من المفترض أن تنصهر المجموعات العرقية داخل الأنماط الثقافية للمجتمعات الموجودين فيها باعتبارها البوتقة التى ينصهر فيها المهاجرون فى وطن واحد علي اختلاف أعراقهم. ولأن الاختلافات الثقافية لها تأثير كبير علي سلوك المرضى، فقد افترض أن المرضي الذين هم أقل احتكاكا وتكيفا مع الثقافات الجديدة فى المجتمعات المهاجرين إليها هم الأكثر اقتناعا بالسلوك والمعتقدات الصحية فى الثقافة

---

(1) O'connor B., "The Home Brith Movement in The United States", J Med Philosophy 18, 1993: P.147.

(2) Avorn J., "Reduction of Bacteriuria and Pyuria after Ingestion of Cranberry Juice" JAMA, 227 1994: P.751.

العرقية[١]. غير أن الدراسات الانثربولوجية التالية أثبتت أن العلاج الذاتى والطب الشعبى والعلاجات المنزلية هى المصدر الرئيسى للرعاية الصحية في كل مكان فى الولايات المتحدة الأمريكية، كما وصف بعض المؤرخين الطبيين صورة الطب الشعبى خلال الألف عام الماضية فقال: أن الطب الشعبى عبارة عن ١٠ ٪ طب بدائي، ٥٠ ٪ طب جالينوسي، ٤٠ ٪ تقنيات أخرى جديدة غير مفهومة، معنى ذلك أن الأوضاع الثقافية القديمة والدائمة لم تتغير وأن كل الثقافات لها وسائل صحية مختلفة تتراوح من الرعاية الذاتية والمساعدة المنزلية الأولية بواسطة أنواع مختلفة من المعالجين والمتخصصين وأن المجتمعات التى لها احتكاك حقيقى بالثقافات المتبادلة دائماً ما تستوعب وتستعير الممارسات والمعتقدات الصحية لهؤلاء الناس الذين وجدوا فيها. وأن الاعتقاد بأن الطب العلمى الحديث يختلف مع الطب الشعبى وأنه ليس هناك أسس للمعرفة الحقيقية خارج المؤسسات الطبية العلمية هو قول مردود عليه، لأن الطب الشعبى لا يؤيد هذا الاعتقاد. فلقد علَم المهاجرون الصينيون الآلاف من الأمريكيين العلاج بالإبر الصينية كما علَم الهنود ممارسة اليوجا لأجيال كثيرة من الأمريكيين، وفى نفس الوقت الذى تصدر فيه الولايات المتحدة الطب الحديث لكل انحاء العالم فانها تستورد وتعيد تشكيل وصياغة الممارسات الصحية من كل الثقافات حول العالم[٢].

هـ- تقارب التأثير الروحي للطب الشعبي مع الأفكار العصرية:

السبب الأخير والهام للتأثير المتزايد للطب الشعبى هو تقارب جوانبه الروحية مع أفكار العصر الحديث التى ظهرت كرد فعل لتأثير الثورة العلمية على الديانة الغربية واقترنت بالتاثير المتزايد للفكر الروحانى الأسيوى على تقاليد الديانة الغربية. وقد انبثق فكر العصر الحديث بصفة عامة وسط الطبقات المتوسطة والاشخاص الذين هم على درجة من التعلم وان انفصلوا عن ثقافتهم الخاصة وعارضوا السيطرة المتزايدة للعلم والتزايد المتزامن للفلسفة المادية[٣]. وكانت الفكرة الأساسية لهذا

(1) Pachter L., "Culture and Clinical Care", JAMA, 27-9, 1994: P. 127.

(2) David J Hufford, Op., Cit., p.734.

(3) Melton J. (ed), "The new Age Encyclopedia" Detroit, Gale Research, 1990. Quoted in: David J. Hufford, Loc., Cit.

المفهوم هي إعادة تفسير الروحانية والعلم بشكل متسق لإعادة التكامل بين الأبعاد الروحانية والأبعاد المادية، الأمر الذى يصبح معه هذا الفكر متقاربا بشكل كبير مع أفكار الطب الشعبى. هذا بالإضافة إلي أن الملمح الهام لفكر العصر الحديث كان جذب الإصدارات العلمية الحديثة لكل تقاليد الطب الشعبى وذلك لأن هذه التقاليد كانت تمتلك جوانب روحية سابقة على تأثيرات الفلسفة المادية الحديثة(١).

وخلاصة القول أن هناك عوامل كثيرة تحفز علي تجديد وإحياء تقاليد الطب الشعبى، وعلي استعمال المستحضرات العشبية الدوائية. كما أن هناك أفكار وممارسات للطب الشعبى تشترك أو تتشابه مع أفكار وممارسات الطب الحديث ,ويؤكد ذلك– وكما سبق أن تبين – أن الكثير من الأفكار والمفاهيم التى يقوم على أساسها الطب الشعبى توجد أيضاً فى الطب الحديث وتعتمد علي السياق الثقافى التى تمارس فيه.

وعلي الرغم من اختفاء طب الأخلاط من الطب الحديث فإن مفاهيم استعادة الصحة من خلال إبطال أو تعطيل أحد العناصر داخل الجسم بواسطة عنصر آخر مازالت مستمرة، كما لا يزال يتضمن العلم الحديث لوظائف الأعضاء أمثلة عديدة عن الأمراض التى تنشأ بسبب وجود نقص أو زيادة فى مادة معينة فى الجسم مثل الهرمونات والأنزيمات والألكترونيات والفيتامينات وخلايا الدم والتى يمكن أن تصحح بتعويض النقص أوإبطال مفعول الزيادة فى هذه المادة، كما ينظر الى مفهوم حلقة التغذية الاسترجاعية السالبة فى علم الغدد حيث يؤدى صعود أحد الهرمونات فى مجرى الدم الى هبوط هرمون آخر– نظرة توازن أو عدم توازن فى الصحة، كما يتضمن هذا المفهوم أفكار النقص والزيادة فى نفس الوقت. ونفس الأمر بالنسبة للمعتقدات الثقافية عن البرودة والقشعريرة والتى يفهم حدوثها بسبب اختراق البرودة أو رطوبة البيئة إلي داخل الجسم، فإن العلاج فى هذه الحالة هو إبطال مفعول البرد بالحرارة سواء بأدوية حارة أو فى شكل مشروبات وأطعمة دافئة تساعد على توليد الحرارة الذاتية للجسم أو النوم فى فراش دافئ(٢).

---

(1) McGuire M., Kantor D., "Ritual Healing in suburban America", New Brunswick Rutgers University Press, 1988. Quoted in: David J. Hufford, Loc., Cit.

(2) Cecil Helman, Culture, Health and Illness, Op., Cit., PP. 14-15.

٢- تشابه الممارسات العلاجية فى الطب الشعبى مع الطب الحديث:

(أ) تنتمى الممارسات العلاجية للهنود الأمريكيين والصينيين وكذلك ذوى الثقافات البدائية المتنوعة إلي مجال الطب العرقى أو الأنثروبولوجى. غير أن التشابهات الأساسية لهذه الممارسات مع الطب البدائى فى العالم الغربى، واتصالها بالطب الشائع حاليا جعلها جزءاً من دراسة الطب الشعبى. فكما استخدم الهنود الأمريكيين التعاويذ والاغانى والممارسات السحرية والأدوية العشبية مثل الداتورا Da-tura والكوكا Coca والكينا Cinchona والصبار Curare والكسكرة Cascara والساجرادا Sagrada لطرد شياطين المرض، فهناك أيضاً أعشاب متشابهة لتلك الأعشاب الطبية تستخدم كعقاقير فى الطب العلمى الحديث. وكما استخدم الصينيون أيضا الدين والسحر والعلاج بالوخز بالابر والعلاج بالاعشاب مثل نبات الجنسيج ginseng والعلاج الاستبطانى، فهناك ايضا محاولات نشيطة لدمج الطب الصينى التقليدى مع الممارسات الطبيه العلمية الحديثة[١].

(ب) وهناك أيضاً عدداً من الأدوية الشعبية التى كانت تستخدم فى الماضى، ويجرى تصنيعها حالياً كمستحضرات دوائية نباتية ويتم وصفها بمعرفة الأطباء مثل دواء الراؤليفيا rauwolfia المستخلص من نبات سام كان يستخدم فى مناطق الشرق الاقصى منذ قرون طويلة لتأثيره المهدىء والذى يوصف الآن بواسطة الأطباء لعلاج ضغط الدم. وكذلك دواء الريسيربين reserpine المشتق من الرؤياليفيا والذى يصفه الاطباء النفسيون لعلاج الاضطربات العقلية والنفسية الخطيرة. وكذلك نبات كف الثعلب Foxglove الذى كان يخمر فى الهند منذ أزمنة بعيدة لعلاج الاستسقاء والسائل المائى الذى يترسب فى الاقدام بسبب المشاكل القلبية وذلك قبل أن يكتشف أن هذا النبات يساهم بالعناصر الفعالة المعروفة بالديجيتاليز digitalis، واليوم أصبح دواء الديجيتاليز دواء شائع الاستعمال لتنشيط وعلاج ضعف القلب فى الطب العلمى الحديث[٢].

---

(1) Snow L., Loc., Cit.

(2) Hand W., Loc., Cit.

(جـ) تشير الوثائق القديمة أن المرض كفكرة عامة كان يحدث بسبب الشياطين الخفية والارواح الشريرة التى تدخل إلي الجسم حينما يكون غير محصن واليوم يقال نفس الأسلوب حيث ينشأ المرض بسبب مخلوقات غير مرئية بالعين المجردة تدخل الجسم يطلق عليها كائنات عضوية وجراثيم وفيروسات وحشرات(١).

المبحث الثاني

الأمراض الشعبية: المسببات والعلاج

مقدمة :

يعد الطب الشعبي بوصفه جزءاً من القيم والمعرفة الثقافية- نظاماً طبياً علاجياً يهدف إلي الوقاية من المرض ومعالجته، مثله في ذلك مثل الطب العلمي الحديث. غير أن لكل منهما نظرياته الخاصة حول سببية المرض ووسائله الخاصة في التعامل معه سواء من حيث الوقاية أم العلاج. ومع ذلك ، قد يشتركان معاً في تحديد وتعريف بعض أسباب ومسببات المرض.

فالطب العلمي الحديث ينظر إلي المرض علي أنه نتيجة لبعض الأسباب الفسيولوجية - الباثولوجية كأن يكون :-

١- سبباً ذاتياً (خلقياً أو فطرياً) داخل الشخص نفسه.

٢- أو أثراً من الآثار الجانبية للعلاج.

٣- أو بفعل عوامل خارجية مثل الجراثيم والميكروبات أو بعض العوامل السامة الموجودة في الطبيعة.

بينما يرجع الطب الشعبي أسباب المرض إلي أسباب طبيعية وأخري فوق الطبيعية(٢) :-

---

(1) Snow L., Loc., Cit.,

(٢) سمير يحيي الجمال، الطب الشعبي التقليدي، مكتبة مدبولي، القاهرة: ص ١٩- ٢٠

١- الأسباب الطبيعية :

وهي الأسباب المعروفة المصدر سواء من فعل الطبيعة أو من فعل الإنسان ذاتة مثل :

أ - الأمراض البدنية :

وهي الأمراض الناتجة عن التقلبات الفصلية كالبرد والزكام والسعال والكحة في فصل الشتاء وأمراض التنفس والربو والحساسية في فصل الربيع أو الإسهال وارتفاع درجة الحرارة في الصيف أو الإصابات الناتجة عن التسمم الغذائي بسبب تناول طعام أو شراب غير صحيين أو عن جروح في الجسم٠

ب - أمراض نفسية :

وتحدث عندما تكون إرادة الشخص غير متوافقة مع قوانين الطبيعة من حوله أو عندما يصاب العقل ويمرض الجسم بالتالي٠

ج- تأثير الكواكب والأجرام السماوية :

بسبب الإشعاعات القادمة من الأجرام السماوية المختلفة مثل الشمس والقمر والكواكب التابعة للمجموعة الشمسية ونجوم المجرات البعيدة التي تؤثرعلي مخ الإنسان وتصرفاته حيث قد يصاب بعض الناس بحالات من الجنون والعنف الشديد عند اكتمال القمر (القمريون Lunatics)

٢- الأسباب فوق الطبيعية :

وهي الأسباب التي تعزي – في معظم الثقافات البشرية – إلي العقاب الإلهي والشعوذة والأرواح الشريرة وأرواح الأسلاف وهي :-

أ - أسباب روحية :

وهي نتيجة لبعض الأفكار والرغبات الشريرة والطرح الروحي لبعض الأشخاص ذوي الموهبة في إرسال قرنائهم للإضرار بالناس، والرسائل الشريرة التي يبعثها البعض للآخرين لتسبيب المرض.

ب - أسباب خفية :

نتيجة تأثير روح الشخص نفسه في جسده «قرين الشخص» أو أفعال قام بها في حياته السابقة. وذلك بالإضافة إلي وسائل السحر الأسود والعين الشريرة الحسد.

وهناك عوامل أخري متعددة تتداخل في تحديد نوعية المرض وطريقة علاجه(١) يمكن إيجازها في النقاط التالية :-

١- الاعتقاد في وجود قوي غيبية مثل السحر والجن والشياطين تستطيع السيطرة علي الإنسان وتحدث به المرض، وتسخره لها بأشكال عدة كالزواج والتلبس والتقمص في شخصيات متعددة قد تصل إلي أصوات الحيوانات.

٢-تفسير المرض وفقاً للمعتقدات الاجتماعية والثقافية والخلفية المعرفية للشخص والتي قد تدفعه إلي تفسيرات غيبية تنسب المرض إلي الأرواح والشياطين ومن ثم تلجئه إلي العلاج بالأسباب الغيبية أيضاً.

٣-دور الجماعية المرجعية التى يرتبط بها الشخص المريض وتأثره بها والرجوع إليها لتقييم سلوكه وتوجيهه نحو إسلوب علاجي محدد وتحديد نوعية المعالج أيضا.

وذلك بالإضافة إلي بعض العوامل الأخري مثل اختلاف مفهوم المرض لدي الشخص باختلاف المعتقدات والثقافات السائدة في المجتمع الذي يعيش فيه، وكذلك القيم الاجتماعية المتعلقة بالمرض والعلاج والتي يكتسبها الشخص من البيئة والتنشئة الاجتماعية، واللجوء إلي القيم الدينية كأسلوب للعلاج لإبطال الأعمال السحرية وطرد الجن والشياطين والأرواح.

ومن هنا يتضح أن الطب الشعبي ينبني علي معتقدات ومفاهيم حول أسباب المرض التي تنسبه إلي أسباب نفسية أو روحية أو تأثير الكائنات فوق الطبيعية وليس إلي الأسباب المادية المعروفة التي تتسق والرؤية الطبية العلمية للمرض والعلاج. ولذلك تعد أسباب حدوث الأمراض هي الظاهرة التي تميز الطب الشعبي عن الطب العلمي الحديث(٢).

---

(١) عبد الله معمر، مرجع سبق ذكره، ص ١٧٣ - ١٩٠ .

(٢) سمير يحيي الجمال، مرجع سبق ذكره، ص ١٩ .

ووفقاً لتلك الرؤية التي تنسب المرض إلي عوامل نفسية أو روحية أو قوي فوق الطبيعة وإلي عوامل أخري مادية عادية، يتحتم أن يتم العلاج بوسائل سحرية من نفس الطبيعة كالرقي والتمائم التي تضم كل العناصر المستخدمة في الأعمال السحرية العادية كالأسماء والآيات القرآنية (بما يتنافى مع الروح الإسلامية الصحيحة) والحروف والأرقام والأشياء المادية كطاسة الخضة، والأحجبة، كما قد يتم العلاج أيضا بأساليب طبية تقليدية مثل الوصفات الطبية العلاجية التي تضم عناصر تنتجها البيئة الطبيعية من نباتات وحيوانات والتي يجب أن تستخدم بكميات متفاوتة من هذه المواد وأن يقتصر استخدامها علي أوقات معينة في ضوء المعرفة بالخصائص المميزة للأوقات (فلكل ساعة من ساعات اليوم ملك خاص موكول بها)· كذلك قد يتم العلاج بوصفات طبية من إفرازات الإنسان نفسه وذلك لأنها تمس العنصر المقدس فيه وهو الروح· أو قد يتم العلاج بوصفات علاجية تنطلق من الخصائص العلاجية للعنصر نفسه مثل التي في الليسون أو زيت الخروع، أو لا تتخذ العنصر النباتي أو الحيواني منطلقاً لها وإنما تنطلق من المرض نفسه مثل وصفات علاج الحمي وبياض العين أو الكساح· وقد يستلزم العلاج نوعاً آخر مثل الكي بالنار أو الدفن في الرمال الساخنة أو استخدام مشرط الجراح(١). وعلي ذلك يجب علي المعالجين في كل الثقافات أن يكونوا علي وعي ومعرفة بالأمراض الشعبية وأعراضها وكيف أنها تؤثر في سلوك المرضي وفي تشخيصهم للمرض.

أولاً: الأمراض الشعبية:

تعريف الأمراض الشعبية:

تُعَرف الأمراض الشعبية بالأعراض التى يزعم أفراد جماعة معينة أنهم يعانون منها، وتحدد لهم ثقافتهم الخاصة أسباب هذه الأمراض وتشخيصها وإجراءات الوقاية منها ونظم وأساليب علاجها. ولكل نوع من هذه الأمراض شكل مستقل من الأعراض والعلاجات والتغيرات السلوكية خاص به، فهو بمثابة أعراض مرتبطة

---

(١) محمد الجوهري، علم الفولكلور– دراسة المعتقدات الشعبية، الجزء الثاني، مرجع سبق ذكره، ص ٤٧٩ – ٤٨٤ .

بثقافة ما بمعنى أنه بمثابة اعتلال وقتى يتم التعرف عليه بواسطة الأعضاء المشتركين فى هذه الثقافة. ويكون المرض مرضا مرتبطا بالثقافة حينما تلتصق أعراض هذا المرض بمجتمع معين، ويستجيب أعضاء هذا المجتمع لهذه الأعراض والمظاهر بأساليب منمطة وبشكل متماثل(١).

كما يمكن أن تكتسب المعرفة بالأمراض الشعبية من خلال التعلم والتثقف، بمعنى أن الطفل الذى ينمو داخل ثقافة معينة يتعلم كيف يستجيب إلي، ويعبر عن قدر من الأعراض الوجدانية أو الجسمية أو الضغوط الاجتماعية بأسلوب منمط بشكل ثقافي، حيث يرى الأقارب أو الأصدقاء وهم يعانون من هذه الحالة المرضية ويتعلم تدريجياً التعرف على سماتها سواء فى ذاته أو فى الآخرين(٢).

والملمح المميز للعديد من الأمراض الشعبية هو الجسمانية والتى تعرف بإحلال الشعور بالقلق الجسمى فى شكل شكاوي وتذمرات من الأعراض الجسمية أو حتي من المرض نفسه بدلا من الشعور بالقلق النفسى، بمعنى أن الحالات الوجدانية غير المستحبة وغير السائغة مثل الشعور بالكآبة أو المعاناة من الضغوط الاجتماعية يمكن أن تظهر في شكل أعراض جسمية(٣).

والأمراض الشعبية بهذا المفهوم ليست مجرد مجموعات معينة من الأعراض والعلامات الجسمية، وإنما هى أيضاً مجموعة من الدلالات والمعانى الرمزية النفسية والاجتماعية والاخلاقية بالنسبة للأشخاص الذين يعانون منها. وقد تربط الأمراض الشعبية معاناة الشخص بالتغير فى البيئة الطبيعية أو بأفعال القوى فوق الطبيعية فى بعض الحالات، وفى حالات أخرى قد تكون الصورة الإكلينيكية للمرض هى الشكل

(1) Rubel A.J., "The epidemiology of a flok illness: susto in Hispanic America", Ouoted in: Landy D., (ed), "Culture, Disease, and Healing:stadies in Medical Anthropology", New Yourk, 1977: Macmillan, p. 119.

(2) Cecil Helman, Culture, Health and Illness, Op.; Cit., pp. 73-74.

(3) Kleinman A., "Patients and Healers in the Context of Culture", Berkeley: University of Califorina Press, 1980: p. 150.

المعبر - بأسلوب موحد ثقافياً - عن أنّ الشخص الذى يعانى المرض هو شخص متورط فى صراعات اجتماعية أو فى حالة تنافر مع الأصدقاء أو العائلة. فالمرض الذى يصنف مرضاً شعبياً بطبيعته يكشف فى نفس الوقت عن مساحة عريضة من المشكلات الاجتماعية والنفسية والجسمية، وعلى الرغم من أن الصورة الأساسية التى تمثل هذا المرض تظهر فى شكل أعراض جسمية متعارف عليها ومرتبطة به، فإن الصفة التى يعرف بها هذا المرض هى الصورة التى ترسم شبكة متصلة من الرموز والظروف والدوافع والشعور والأحاسيس والضغوط المتأصلة فى المحيط البنائى الذى يعيش فيه الناس[١].

ثانياً : المسببات العامية للأمراض الشعبية :

تنقسم أسباب المرض فى مختلف الثقافات الإنسانية إلي أسباب طبيعية ينظر إليها علي أنها اعتلالات بسيطة وعابرة، أو أسباب فوق الطبيعية ينسبها الإنسان إلي قوي خفية أو قوي أسمي وأعظم منه مثل العقاب الإلهى وأعمال السحر والشعوذة والأرواح الشريرة وأرواح الأسلاف[٢].

وهناك أكثر من نظرية تبحث فى سببية المرض وتصنف المرض وفقاً لمسبباته، وتشكل هذه النظريات جزءاً من مفاهيم واسعة عن أسباب ومصدر الحوادث السيئة وسوء الطالع فى حياة الانسان. كما تنبني أيضاً علي معتقدات حول بناء وظيفة الجسم الإنسانى والحالات التى يكون فيها عاجزاً عن أداء وظائفه بالطريقة السوية. وحتي لو ارتكزت هذه النظريات علي افتراضات ومقدمات غير صحيحة علمياً، فإنها كثيراً ما تتضمن الاتساق والمنطق اللذان يساعدان الشخص المريض على فهم وإدراك ماذا حدث ولماذا؟ كما تمثل هذه النظريات ايضا مجموعة مركبة من العادات الشعبية الموروثة فى معظم الثقافات والتى غالباً ما تتأثر بأفكار ومفاهيم مستوحاة من النموذج الطبى[٣].

(1) Cood B., "The Heart of What's the matter: The semantics of illness in Iran" Quoted in: Cecil Helman, Op., Cit., p. 74.

(٢) يحيي مرسى بدر، مرجع سبق ذكره، ص ١١ .

(3) Cecil Helman, Culture, Health and Illness, Op., Cit., P. 74.

نماذج النظريات الشعبية لمسببات المرض :

١- نموذج ميوردك Murdock:

وصف ميوردك (Murdock)نموذجاً لتصنيف المرض افترض فيه أن هناك أربع نظريات[١] تتضمن السبب الكامن للمرض هي:

أ- المسببات الطبيعية للمرض الشعبي :

وهي أي سبب يمكن أن يفسر حالة الضعف أو التلف (المرض) التى تصيب الإنسان تفسيراً مقنعاً مثل: الأمراض المعدية والحوادث

ب- المسببات الخفية (الغامضة) :

وهي أى سبب يمكن أن يفسر حالة الضعف أو التلف (المرض) التى تصيب الانسان كنتيجة تلقائية لعمل ما اقترفه المريض فى السابق مثل: النصيب والقدر، والأشياء التى تنقل العدوي.

ج-المسببات الأرواحية (الحيوية) :

وهي أى سبب يتضمن أفعال شخص بالنيابة عن قوي طبيعية مثل: الأشباح والآلهة.

د- المسببات السحرية :

وهي النظرية التى تقوم علي أن المرض يرجع إلي عمل خفى من إنسان لإنسان آخر مثل: السحر والشعوذة. وتنقسم المسببات السحرية إلي مسببات ناقلة للعدوي بالتقليد والمحاكاة وأخري اقتحامية تقوم علي فلسفة أن الأشياء ما إن تتصل فيزيقياً فلا يمكن أن تنفصل تماماً، وفى هذه الحالة تكون هذه المسببات الاقتحامية باستعمال الأشياء الخاصة بالضحية المقصودة مثل قصاصات الشعر والأظافر. وتقوم المسببات الناقلة للعدوي بالتقليد علي فكرة أن الشبيه يتبع الشبيه. وعلي ذلك من

(1) Murdock GP., et ., al., "World distribution of theories of illness", Ethnology, 17, 1983: PP. 449-470.

المعتقد - بالنسبة لشخص ما يعانى من ألم جسمى - أن وضع فاساً تحت السرير وحده القاطع لأعلي سوف يقطع الألم. أما السحر الاقتحامى فيعنى أن شخصاً ما يدفع روحاً شريرة عادة ما تكون حشرة أو سحلية جافة أو مسحوقة للدخول إلي جسم الضحية المقصودة. وتصنف النظريات الثلاثة الأخيرة تحت عنوان المسببات غير الطبيعية للمرض الشعبى.

٢- نموذج كلمنتس Clements:

وقد صنف كلمنتس (Clements)نموذجاً آخر لمفاهيم مسببات المرض الشعبى وسط الجماعات الأمية والبدائية[١] فى خمسة أنواع هي:-

أ-السحر والحسد والشعوذة :

والسحر هو مجموعة أساليب تستخدم للتأثير علي القوى الطبيعية أو الخارقة للطبيعة لإنزال الشر بالآخرين عن طريق أداء بعض الممارسات الشعائرية التى يعتقد أنها تؤدى إلي النتائج المرغوبة ويشمل ثلاث أشكال من السحر هي:

- السحر المنتج والمفيد
- السحر الوقائى
- السحر الضار والمدمر

أما الشعوذة فهى ممارسات وفعاليات لإصابة الآخرين بالسحر الضار، وهى بذلك بمثابة فن يمكن التدرب عليه وتعلمه فى حين أن السحر الضار مجرد قوة ذاتية داخلية فى الساحر الضار ولا يمارس من يملك تلك القوة طقوساً أو فعاليات سحرية معينة أو معروفة ومن ثم فليس بمقدور الناس أن يتعرفوا عليه[٢].

ب- اختراق وانتهاك المحرمات :

حيث يظهر تأثير الدين علي السلوك فى كثير من المجتمعات، فالخروج علي قواعد المحرمات Taboo يجلب معه العقوبة والشر والألم للعصاه ويستثير غضب

---

(1) Lorna G. Moore, et., al., Op., Cit., pp. 194-195.

(٢) محمد أحمد غنيم، فاتن محمد شريف، السحر والحسد فى المجتمعات الريفية، منشأة المعارف، الإسكندرية: ١٩٩٨، ص ٨ .

أرواح الأسلاف ويستنزل علي العُصاه ألواناً من العقوبات مثل: العقم والمرض وموت الأولاد والأحباء.

ج- اقحام شيء يحدث المرض:

حيث تخترق الأرواح الشريرة الأشياء المادية وتصبح جوهراً مكوناً لها كالأخشاب والصخور والجلد، ويقوم الساحر بهذا الفعل الشرير لإنزال الأذي والمرض بشخص ما.

د- فقدان الشعور بالروح:

فالروح هي صورة للكائن الحي ويرى البدائيون أن انفصال الروح عن الجسد تؤثر على الأشخاص حتى الأحياء وتسبب المرض والوفاة.

هـ- اقحام روح:

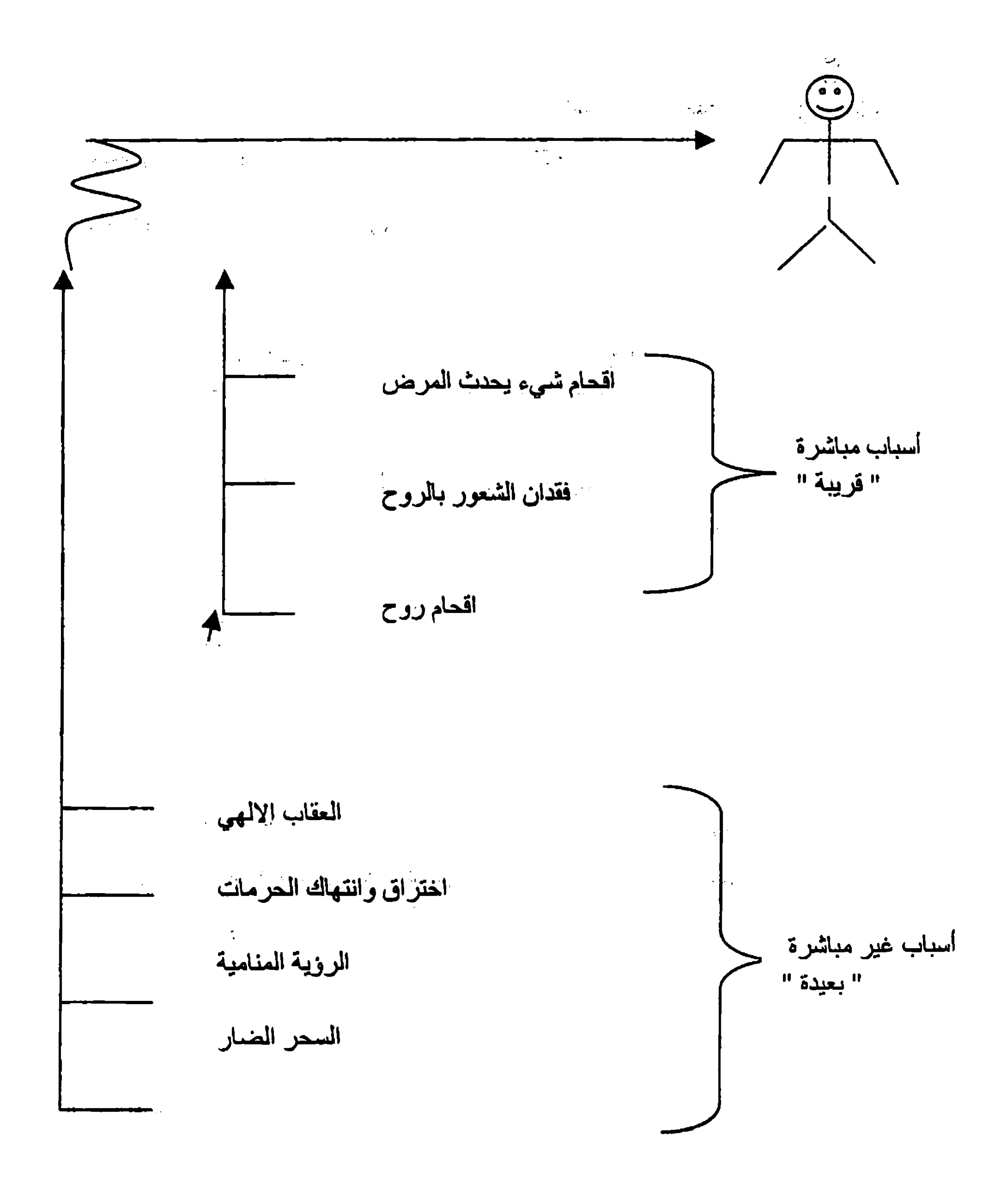
بمعني اختراق الأرواح للجسم وإنزال أذاها وعقابها في شكل الإصابة بالضعف العقلي والجنون والصرع والإنجذاب.

وقد صنف روجرز (Rogers)السببين الأولين من هذه الأسباب في إطار الأسباب غير المباشرة للمرض تحدث عن بعد بمعني أنها تحدث داخل التجربة السابقة للمريض علي الرغم من أن الحدث جديد بالفعل. أما الأسباب الثلاثة الأُخر فهي أسباب مباشرة تحدث عن قرب بمعني أنها مشمولة أكثر بالفورية. ولا تعتبر هذه المسببات أسبابا تبادلية بمعني اقتصار حدوث المرض علي سبب واحد منها، فهناك بعض التداخلات يمكن أن تحدث بين العوامل السببية كما هو موضح بالشكل التالي[١].

---

(1) Rogers, S.L., "The shaman's Healing way. Ramona, Calif: Acoma Books, 1976: Quoted in: Lorna. G Moore, et., al., Op., Cit., pp. 195-196.

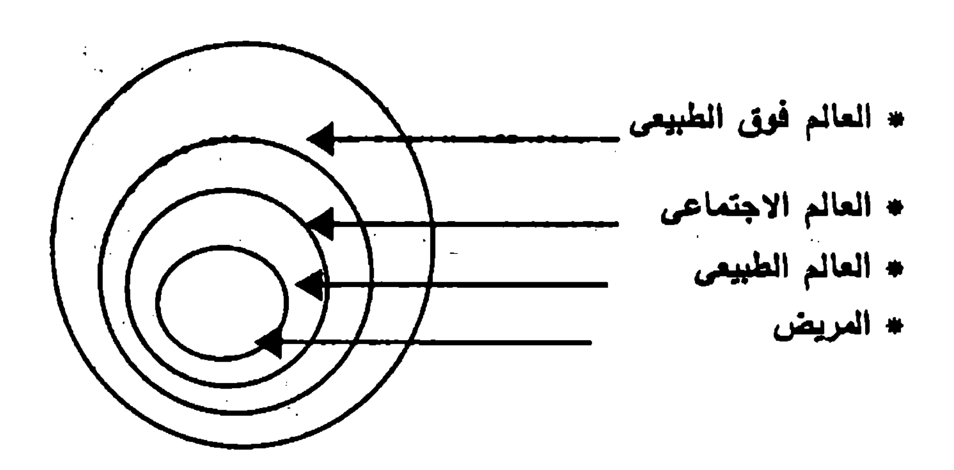
اسباب المرض


اقحام شيء يحدث المرض
فقدان الشعور بالروح
اقحام روح
أسباب مباشرة
" قريبة "
العقاب الإلهي
اختراق وانتهاك الحرمات
الرؤية المنامية
السحر الضار
أسباب غير مباشرة
" بعيدة "

٣- نموذج هلمان Helman:

ويمثل هذا النموذج النظريات العامية للمرض، والتى تصنف أسباب المرض بصفة عامة فى أربعة مجالات : داخل الشخص المريض، وفى العالم الطبيعى، وفى العالم الاجتماعى وفى العالم فوق الطبيعى كما فى الشكل التالى:

مجالات أسباب المرض



وفى بعض الحالات قد يعزى المرض إلي مجموعة مركبة من الأسباب أو تفاعلات بين هذه العوالم الأربعة. وكما يشير هلمان (Helman)إلي أن الأسباب الاجتماعية والأسباب فوق الطبيعية هى التى تميز المجتمعات غير الغربية بينما تعد التفسيرات الطبيعية للمرض أو الأسباب التى تتمحور فى داخل المريض هى الأكثر شيوعاً فى العالم الغربى، ومع ذلك فهو لا يري أن هذا التقسيم ثابتاً علي إطلاقه[١]. ويؤكد هذا الرأى ما وصفه شيرسمان (Chrisman)فى بحثه التحليلى عن المعتقد الشعبى[٢] . من أن هناك ثماني مجموعات من الأسباب الشعبية للمرض المنتشرة وسط المرضي فى الولايات المتحدة كإحدي المجتمعات الغربية- وأن معظم هذه الأمراض تتركز في المريض وهي:

---

(1) Cecil Helman, Culture, Health and Illness, Op., Cit., p. 75.

(2) Chrisman N.J., "Analytical Scheme for Health Belief Research", (1981): unpublished, Quoted in:Cecil Helman, Loc., Cit.,

* أمراض الضعف والوهن
* الأمراض الانتكاسية
* الأمراض الاجتياحية
* اختلال التوازن
* الضغط
* الأمراض البيئية
* الأمراض الوراثية
* الأمراض الميكانيكية

كما يتحدد على أساس هذا التصنيف من الذي سوف يتحمل مسئولية المرض سواء كان المريض أم الناس الآخرون أم المجتمع. وفيما يلى تصنيف أسباب المرض وفقا لهذه المجالات الأربعة:

أ- المجال الأول- داخل المريض :

تدور النظريات الشعبية التى تحدد مصدر المرض في داخل الشخص المريض حول عجز الجسم الإنسانى عن أدائه الطبيعى، كما قد تنسب المرض فى بعض الأحيان إلي التغيرات التى تحدث فى السلوك أو فى النظام الغذائى، وهنا تقع مسئولية المرض علي الشخص المريض وإن كان ذلك ليس بشكل نهائى. وينتشر هذا المفهوم بصفة خاصة فى العالم الغربى حيث يلقي بمسئولية المرض علي عدم الاهتمام بالغذاء والملبس والنظافة ونمط المعيشة والعلاقات العائلية، والتدخين وشرب الخمور وعدم مزاولة الرياضة الجسمية، أو اللامبالاة بالجروح التى تصيب الإنسان أو الأضرار ألتى تعد من قبيل إيذاء الذات. وعلي ذلك يعدُ المرض دليلاً علي الإهمال واللامبالاة وبالتالى يشعر الشخص الذى يعانى من المرض بالذنب من جراء ذلك. كما ينطبق هذا القول أيضاً علي الحالات التى تأخذ شكل علامة معينة مثل البدانة أو تتسم بفعل معين مثل إدمان شرب الخمور وكذلك الأمراض التناسلية(١).

---

(1) Cecil Helman, Culture, Health and Illness, Op., Cit., P. 76.

وهناك حالات أخري من المرض تحدث بسبب السلوك الخاطئ والتغذية غير الملائمة. ويؤكد ذلك الدراسات التى أجريت فى مقابلة مع بعض الأمهات كن يعتقدن أن المرأة يجب أن تأكل بشكل مختلف أثناء فترة الطمث لكى تتجنب المرض، حيث كان يقال: أن الحلويات تحافظ علي استمرار وتدفق دم الحيض فى حين أن هناك أطعمة أخري تسبب توقفه وتسبب بالتالى مغص الطمث والعقم والسكتة الدماغية أو درن الحمل، وبالمثل المحظورات الغذائية التى تطبق علي المرأة الحامل(1).

كما يختلف اعتقاد الناس فى مدي اقتناعهم بأن حدوث المرض قد يكون نتيجة لسلوكهم الخاص وبالتالى تختلف درجة قبولهم لمفهوم المسئولية الشخصية عن المرض. فقد تبين فى دراسة أجريت علي بعض أمهات الطبقة العاملة فى مقاطعة ويلز أن اعتقاد بعض الناس بأن صحتهم تتحدد بواسطة أفعالهم الخاصة (مثل: معاندة الحظ والبخت والنصيب أو قوي خارجية جبارة) إنما يرتبط بمتغيرات اجتماعية - اقتصادية مثل التعليم وامتلاك منزل، ومن ثم يوافق هؤلاء الناس علي تحمل المسئولية الشخصية عن المرض بدرجة أكثر من الذين يشعرون أنهم أضعف اقتصادياً واجتماعياً، حيث يرون أن المرض نتيجة قوي خارجية فوق سيطرتهم وبالتالي لا يقبلون بتحمل مسئولية مرضهم(2).

وهناك عوامل أخري مسببة للمرض يعتقد أنها تقع داخل الجسم ,ولكنها تكون خارج التحكم الشعوري للمريض، وتشمل هذه العوامل مفاهيم الحساسية بمعني القابلية للإصابة بالأمراض النفسية والجسمية والوراثية، وتشمل العوامل الشخصية نمط وخصائص الشخص مثل القلق والإضطراب ,أما الحساسية الجسمية فتعتمد علي مفاهيم عامية من المقاومة والضعف. فالناس قد يختلفون في درجة مقاومتهم للمرض

(1) Snow L. F., and Johnson S.M., "Folkore, Food, female reproductive cycle", Ecol. Food Nutr. 7 1987: p. 41.

(2) Pill R., and Stott N.C.H., "Concepts of illness causation and responsibility: Some preliminary data from a sample of working class mothers", Soc. Sci. Med. 16, 1982: pp. 43-52.

غير أنه من الممكن تقوية هذه المقاومة عن طريق الغذاء والمشرب والملبس الملائمين وهكذا، كما يمكن أن تكون المقاومة وراثية أو بنيوية فبالمثل يمكن أن تكون حالة الضعف وراثية أو مكتسبة، فقد تتكرر الأمراض الخطيرة في العائلة الواحدة وتصبح من قبيل الأمراض العائلية والوراثية(١).

وتعد أمراض الوهن والضعف-والتي تنتج عن حالة ضعف الجسم بسبب العمل الزائد أو الشيء المرهق أو المرض المزمن أو بسبب أي نقطة ضعف أخري في الجسم- أحد المسببات العامية الشائعة للمرض. وكذلك الأمراض الانتكاسية التي تحدث للأداء الوظيفي والبنائي لأنسجة وأعضاء الجسم مثلما يحدث للإنسان في فترة الشيخوخة. وأيضاً الأمراض الاجتياحية التي تخترق النطاقات الشخصية والطبيعية لأسباب المرض وهنا يحدث المرض أما بسبب اجتياح خارجي بواسطة الجراثيم أو أي شيء آخر أو أن تنتشر داخلياً بسبب مرض داخل الجسم. أما المسببات المرضية الفردية الشائعة الأخري فهي اختلال التوازن والذي يدرك كحالة من عدم التوازن والإفراط أو النقص في عناصر معينة مثل الفيتامينات أو فقر الدم، وكذلك الأمراض الميكانيكية وهي حاله من الأداء غير الطبيعي لأعضاء ونظم الجسم مثل سوء حالة الدورة الدموية أو تلف في أجزاء الجسم أو انسداد في الأعضاء والأوعية الدموية أو الضغط في أجزاء وأعضاء الجسم(٢).

ويخلص من كل ذلك إلي أن المرض الذي يتركز في الشخص المريض يمثل أمراً هاماً في تحديد إما أن يقبل المرضى المسئولية الشخصية عن مرضهم أو إنهم يرون أن سبب المرض خارج عن سيطرتهم وبالتالي لا يقبلون تحمل المسئولية الشخصية عنه.

ب- المجال الثاني- أسباب المرض في العالم الطبيعي :

يتألف هذا المجال من البيئة الطبيعية الحية والجمادية التى يعتقد أنها تسبب المرض. والجوانب الشائعة فى هذه المنظومة هى الأحوال المناخية مثل البرودة

(1) Idem.,

(2) Chrisman N.J., Loc., Cit.,

الشديدة والحر والهواء والمطر والثلج والرطوبة. فالمناطق الباردة قد تسبب الاصابة بالبرد والقشعريرة إذا سمح لها أن تخترق حدود الجلد. كما قد تسبب الرياح الباردة التى يتعرض لها الجسم البشرى فى اصابة الكلى بالبرد، كما تسرى الحرارة البيئية الشديدة داخل الجسم وتتمدد داخل الأوعية الدموية وتسبب ارتفاع وخفقان الدم فى الرأس.

وهناك أحوال مناخية أخرى تسبب الأمراض تتمثل فى الكوارث الطبيعية كالزوابع والأعاصير والعواصف الشديدة. كما يضاف لأسباب المرض فى هذا المجال الطبيعى التأثير المفترض على الصحة من جراء الشمس والقمر والكواكب السيارة والذى يعتبر سمة شائعة فى المجتمعات التى تمارس علم التنجيم.

كما أن هناك أسباباً طبيعية أخري للمرض، تتمثل فى الأضرار التى تعزى الى الحيوانات والطيور والعدوي التى تنسب الى الكائنات الحية الدقيقة التى تخترق الجسم (مثل الجراثيم والحشرات والفيروسات)، كما قد يعتقد فى بعض الأحيان أن الإصابة بمرض السرطان بمثابة غزو أو اجتياح للجسم بواسطة كائن حى خارجى ينمو ويلتهم الجسم من الداخل. وكذلك الغزوات الطفيلية باعدادها اللانهائية مثل الديدان الخيطية التى تعد أحد أشكال هذه المنظومة. وكذلك الأضرار العرضية (الإصابات الخطأ) التى تحدث فى العالم الطبيعى.

كما تُعزى أيضاً إلي المثيرات البيئية مثل الحساسية والأغبرة والسموم والمواد المضافة للأغذية والتدخين والأدخنة وأشكال أخري كثيرة من التلوث البيئ- إلي مسببات المرض فى العالم الطبيعى[1].

ج- المجال الثالث- أسباب المرض فى العالم الاجتماعى :

تظهر الصورة الشائعة لمسببات المرض فى مجال العالم الاجتماعى فى المجتمعات الصغيرة الحجم التى تتواتر فيها الصراعات الشخصية الداخلية، ويلقى فيها بمسئولية مرض الشخص على الناس الآخرين. وتتواجد أكثر هذه المسببات شيوعاً فى

(1) Cecil Helman, Culture, Health and Illness, Op., Cit., pp.77-78.

المجتمعات غير الغربية وتتمثل في أشكال ثلاثة هي: السحر والشعوذة والعين الشريرة (الحاسدة). وينسب المرض في كل من هذه الأشكال الثلاثة وأي أشكال أخرى من المصائب والمحن إلي الأحقاد والضغائن بين الأشخاص سواء أكانت مقصودة أو غير مقصودة.

وهناك أناس معينون عادة يكن من النساء- يمارسن السحر والشعوذة ويمتلكن قوة غامضة لإيذاء الآخرين، وتعد هذه القوة قوة حقيقية متأصلة فيهن سواء عن طريق العوامل الوراثية أو من خلال العضوية في جماعات قرابية أو عشائر معينة. وعادة ما يختلف السَّحَرَةُ عن الناس الآخرين سواء في المظهر أو السلوك، وغالباً ما يكونون من ذوي الأشكال القبيحة والمعاقة أو المعزولة اجتماعياً، ومن الشواذ أو المتشردين في المجتمع والذين يبدو عليهم كل المظاهر المخيفة والسلبية للثقافة. وعلي الرغم من أن قوتهم محصورة في إيذاء الآخرين فإنهم يمارسونها بطريقة لا شعورية[1].

وقد أشار الأنثروبولوجيون إلي أن اتهامات السحر تكون أكثر شيوعاً في أوقات التغير الاجتماعي والغموض والصراعات الاجتماعية والانشقاقات التنافسية داخل المجتمع. فقد يتهم كل شخص الشخص الآخر بأنه السبب وراء المصائب التي تحدث له من خلال ممارسته السحر، وفي هذه الأحوال يكون من الضروري الكشف عن شخصية الساحر بالطقوس التنبؤية وتأثيرها السلبي على طرد الأرواح الشريرة[2].

وتعرف الشعوذة كقوة تؤثر وتغير في الحوادث الطبيعية وفوق الطبيعية من خلال معرفة سحرية وأداء طقوس دينية وهي تختلف عن السحر كما أنها شائعة جداً في المجتمعات غير الغربية وفيها يبذل الساحر أو الساحرة قوته بشكل متعمد بدافع من الحقد أو الحسد ويسبب المرض بواسطة تعاويذ وطقوس أو سموم معينة. وغالباً ما تمارس الشعوذة وسط عالم اجتماعي واحد من الأصدقاء والعائلة والجيران كما تمارس

(1) Landy D., "Malign and benign methods of causing and curing illness" New Yourk Macmillan, 1977: pp. 195-197.

(2) Cecil Helman, Culture, Health and Illness, Op., Cit., p. 79.

الشعوذة أيضاً للتحكم فى سلوك الآخرين مثلما تستعمل الزوجة تعاويذ وتمائم وأحجبة بداخلها شركيات وكلمات ورموز وحروف لا يستطيع أحد أن يفهم معناها لمنع زوجها من مفارقتها أو الرحيل عنها (ربط المحب)[١]. وتتضمن الأمراض التى تنسب إلي الشعوذة الحالات المعوية والتغيرات العامة التى تصيب الإنسان مثل فقد الشهية للطعام أو نقص الوزن. وعادة ما يحدث هذا النمط من الشعوذة داخل الجماعات التى تتسم معيشتها بالفقر وعدم الأمن والخطر والخوف والشعور بالنقص والضعف[٢].

وقد عرفت العين الشريرة (الحاسدة) فى كل مكان فى أوروبا والشرق الأوسط وشمال إفريقيا. حيث تسمى فى الثقافة الإيطالية (Malocchia)، وفى الثقافة الإسبانيه (Mal de ojo)وفى الثقافة العربية (عين)، وفى الثقافة الإيرانية. (Cas'm-e sur) كما تعرف أيضاً بالعين المحدقة أو السيئة أو الجارحة أو (النظرة). وهى موجودة فى كل المجتمعات الشرقية على إختلاف الديانات والأعراق. والسمة الرئيسية للعين الشريرة والحاسدة هي أنها تتعلق بالخوف من الحسد فى عين الناظر[٣]. والعين الحاسدة مرادفة للقدرة علي الحسد، وليس شرطاً أن يقتصر الحسد علي العين فهناك اللسان الحاسد والنفس الحاسدة، كما يمكن أن يأتى الحسد عن طريق التنفس، فالحسد يتعلق بقدرات الشخص الحاسد وليس ببصره ومكمنه القلب وليس العينين، أما لماذا العين الحاسدة بالذات، فقد يرجع ذلك إلي أسباب نفسية أكثر منها اجتماعية كما أن القوى الطبيعية للجسد تكمن فى النظرة الغريبة والمحدقة التى تعكس مشاعر الحاسد تجاه الآخرين[٤].

ويمكن إبطال تأثير النظرة الحاسدة أو تجنبها بواسطة صرف انتباه الناظر الى رسومات معينة معدة لذلك أو من خلال ممارسة سحر ودى متعاطف، كما قد يسبب

---

(١) محمد أحمد غنيم، فاتن محمد شريف، مرجع سبق ذكره، ص ٢١ .

(2) Cecil Helman, Loc., Cit.,

(3) Spooner B., "The Evil Eye in Middle east", Quoted in: Cecil Helman, Loc., Cit.,

(٤) فاتن محمد شريف، الحسد فى التراث الشعبى، دراسة إثنوجرافية لمجتمع رشيد، منشأة المعارف، الإسكندرية: ١٩٨٨، ص١٣ .

الحسد أنواعاً مختلفة من المرض أو الموت من خلال النظر والتحديق وعادة ما يحدث الايذاء والضرر من صاحب النظرة الحاسدة دون قصد منه ودون شعور وذلك لقدرته علي إحداث الضرر وعدم قدرته على التحكم فى النظرة الحاسدة(١).

كما تشمل المسببات الاجتماعية للمرض الجروح الجسمية مثل التسمم وجروح القتال التي تصيب الشخص بواسطة الناس الآخرين. وعادة ما يرجع الناس الآخرون- فى المجتمعات غير الغربية- أسباب المرض إلي وسائل سحرية مثل السحر والشعوذة والعين الحاسدة، أما فى المجتمعات الغربية فإن المفاهيم الشعبية لمرض «الضغط» تلقى بمصدر المرض علي الناس الآخرين حيث يلقى بمسئولية المرض فى هذه المجتمعات علي الصراعات بين الأقران والأطفال والأسرة والأصدقاء والمستخدمين وزملاء العمل. ومع ذلك، تعتبر إلقاء مسئولية مرض الشخص على الناس الأخرين سمة أكثر شيوعا فى المجتمعات غير الغربية عنها فى المجتمعات الغربية(٢).

د- المجال الرابع - أسباب المرض في العالم فوق الطبيعي :

يُعزي المرض في هذا المجال إلي الأفعال المباشرة للكائنات فوق الطبيعية مثل الآلهة والأرواح وأرواح الأسلاف. وغالباً ما يوصف المرض في هذا العالم بأنه تذكير وتنبيه آلهي بسبب بعض الزلات السلوكية مثل عدم الانتظام في أداء العبادات وعدم التضرع بالدعاء إلي الله أو عدم شكر الله علي نعمائه. ولذلك لايفيد العلاج المنزلي ولاعلاج الطبيب فى هذه الحالة حيث يقتضي الأمر الاعتراف باقتراف الذنب والندم عليه وأن يتعهد المرء بحسن سلوكه. وهنا يكون الدعاء والتوبه هما العلاج وليس العقاقير أو البنسلين(٣).

وقد ينسب المرض في بعض المجتمعات الأخري إلي الأرواح النزوية والشريرة حيث تنطلق الأرواح الناقلة للمرض بشكل فجائي وتسبب مجموعة من الأمراض

(1) Cecil Helman, Culture, Health and Illness, Loc., Cit.,

(2) Idem.

(3) Ibid., p. 80.

لضحاياها. ولايرتبط غزو هذه الأرواح بسلوك الشخص الضحية ,ولذلك فهو شخص بريئ ويستحق مساعدة الآخرين ,أو ما يسمي بتلبس الأرواح وهو مايحدث حينما تتم مهاجمة أو غزو الأشخاص بالمرض بواسطة أرواح أسلافهم الذين آذوهم، وهذا يحدث حينما يكون الشخص الذي يصاب بالمرض شخص آثم وفاسق ولايحترم المقدسات أو ضد السلوك الإجتماعي. ويتم تشخيص المرض في جلسة استحضار الأرواح حيث ينظر إلي المرض كعقوبة عن هذه الخطايا ويعاد تأكيد القيم الأخلاقية للجماعة(١).

والشكل المشابه لتلبس الأرواح يطلق عليه الجن والعفاريت في العالم الإسلامي. وتشبه هذه الأرواح المسببة للمرض بالجراثيم في الطب الحديث والتي تدخل الجسم حيث تكشف عن شخصيتها بواسطة الأعراض الخاصه بها التي تسببها ويتم معالجتها بطردها خارج الجسم. وعلي الرغم من أن التفسيرات فوق الطبيعية لأسباب المرض مثل العقاب الآلهي أو تلبس الروح تعد حالة نادرة في العالم الغربي فإن التفسير الحديث المناظر لها يلقي بمسئولية المرض علي الحظ السيئ والقضاء والقدر أو المشيئه الآلهية(٢).

ثالثاً : أنماط المعالجات الطبية :

يقوم الطب العلمى الحديث علي افتراضين أساسيين هما:

١- الافتراض الأول:

وهو نظرية الميكروب المسبب للمرض، والتى ترجع الى الدراسات البكتريولوجية (لباستير) Pasteurفى منتصف القرن التاسع عشر ،تواجد وتوالد الكائنات العضوية، والتى تتمثل الآن فى المعتقد الطبى الحديث فى عملية العدوي.

---

(1) Lewis I.M., "Ecstatic Religion. Harmon dsworth: Penguin". 1971: Quoted in : Cecil Helman, Op., Cit., p. 81.

(2) Under wood P., and Underwood Z., "New Spells for old: expectations and realities of western medicin in remote tribal society in Yemen Arabia" Quoted in : Cecil Helman, Op., Cit., p. 81.

٢- الافتراض الثانى:

وهو «الطب الوقائى» وله جذور قديمة أيضاً، وإن كان التركيز عليه قد تزامن مع الابتكارات العلمية للطب العلمى الحديث.

وقد اتهم الطب العلمى الحديث بأنه طب احتكارى بمعني أن ممارسته مقصورة على فئة معينة - بسبب هذين الافتراضين على الرغم من أن هذه الصفة الاحتكارية ليست جديدة أيضاً وإنما ترجع إلي عام ١٢٢٤ ميلادية حيث كان من المفترض عدم ممارسة أى شخص لمهنة الطب إلا بعد اجتياز اختبار أمام معلمى المدرسة الطبية فى ساليرونو(١). وقد استمر هذا التقييد حتى الآن فى أشكال أخرى. كما أن افتراض وصف الطب الاحتكارى نفسه بعدم إجازة بعض النظم الطبية البديلة هو فى الواقع نتيجة لإسهامات نظم المعتقدات والدراسات الطبية المتعددة والمتباينة عبر القرون(٢). غير أننا نري - وكما توضح- فى المبحث الأول من هذا الفصل - أن الطب الشعبى يقوم أيضاً علي هذين الافتراضين وخاصة نظرية العدوي عن طريق اختراق الميكروبات لداخل الجسم البشرى والتى ينظر إليها بشكل مختلف، ومن هنا ظهرت إمكانية تعايش الطب الشعبى مع الطب العلمى الحديث. كما أدي هذا المفهوم إلي استعارة الطب العلمى الحديث لبعض أنماط المعالجة من الطب الشعبى وبالتالى إلي تنوع أنماط المعالجة التى ظهرت فى شكل أنماط رئيسية وأخري ثانوية:

(١) أنماط العلاج الرئيسية:

هناك ثلاثة أنماط رئيسية لمعالجة المرض تشترك معاً فى الاعتقاد بأن أسباب المرض ترجع إلي الميكروبات والجراثيم وأنه يمكن الوقاية من هذه الأمراض، كما أن لكل نمط من هذه الأنماط افتراضات أساسية علمية أخري خاصة به وهذه الأنماط هي:

---

(1) Osborne O.H., "Merging Traditional and Scientific Health care systems: Conceptual and pragmatic issues", Paper presented at the Annual Meeting of the Society for Applied Antropology. San Diego, 1977: p.2.

(2) Lorna G. Moore, et., al., Op., Cit., p. 235.

أ- الطب الألوباثى :-

وهو الوسيلة العلاجية الأكثر شهرة فى الطب الغربى، والتى نجمت عن مذهب «المتناقضات» الذى بدأ فى الازدهار فى آسيا الصغرى فى القرن الأول قبل الميلاد. والمبدأ الذى تقوم علي أساسه هذه الوسيلة العلاجية هو أنه حينما ينحرف الجسم عن حالته الطبيعية فيجب استعمال إجراء متناقض. ولتطبيق هذه الطريقة علي حالة المرض، يبحث المعالجون عن تخليص الجسم من سمومه أو المواد الفاسدة الموجودة به بطرق وأساليب متنوعة مثل الفصد والحجامة أو الحقن الشرجية، وتطهير الجسم من هذه المواد يؤدى بالتبعية الرجوع إلي النظرية الخلطية لمحاولة إعادة التوازن بين الأخلاط الجسمية بواسطة التخلص من المواد الفاسدة[١].

ويبدو أن صحة هذا المبدأ الذى تقوم عليه نظرية الطب الألوباثى ضعيفة فى الأصل، لأن سببية المرض فى هذا المعتقد تقع فى أنواع السحر والشعوذة والقوى الكونية (الطبيعية) والأبخرة الضارة الناتجة عن المواد المتعفنة. وعلى الرغم من اكتشافات (باستير) Pasteurالمشار إليها فإن الطريقة الألوباثية هى التى اكتشفت التفسيرات العلمية لمذهب «المتناقضات»، ومع اكتشاف نظرية الجرثومات وعلاقتها بالمرض المنقول بواسطة عملاء خارجيين أمكن اكتشاف الأدوية المضادة لهذه الجراثيم وبالتالى تم التخلص من المرض ومنذ هذا الوقت عرف الطب الغربى بالطب الألوباثى[٢].

ب- المعالجة المثلية :

وهى نمط طبى معاصر يعتمد على مقدمات فلسفية افتراضية مشابهة لافتراضات الطب الألوباثى. والمعالجة المثلية لها جذور متعددة، اثنين منها تم اكتشافهما فى المخطوطات العربية الأولى وفى كتابات أبو قراط الذى كتب: «إن

(1) Clendening L., "Source Book of Medical History. New Yourk: Dover Publications, Inc., 1942: Ouoted in: Lorna G. Moore, et., al., Loc.,Cit.,

(2) Lorna G. Moore, et., al., Loc., Cit.,

المرض يحدث بواسطة أشياء متماثلة، وبواسطة أشياء متماثلة أيضا يمكن أن تجعل الشخص المريض شخص معافى صحياً، وهو يشير فى ذلك إلي المعتقد «المثيل يعالج المثيل». وقد اشتق مصطلح «المعالجة المثلية» من كلمتين اغريقيتين: (homeos)التى تعنى المماثل، (Pathos)التى تعنى المعاناة. فعلي سبيل المثال: إذا كان الشخص المريض مصاباً بالحمي فإن العلاج الذى سوف يستخدم بصفة عامة يشمل بالمثل الدواء الذى يسبب الحمي. كما يتضمن هذا المعتقد فى أمثلة محددة استعمال الدواء الذى يتماثل فى الشكل مع موقع المرض فإذا كان الشخص مصاباً بألم فى الأذن فان العلاج المستحضر من زهرة تجسد شكل الأذن سيكون هو الدواء المختار. وقد طور الطبيب الألمانى صمويل هنمان (Smauel Hehnemann)فى أوائل القرن التاسع عشر الأدوية التى تزيد من فاعلية علاج الجسم الطبيعى، واقترح إعطاء جرعات صغيرة تحث على الفاعلية البيولوجية والبيوكيميائية فى الجسم وتترك لـ قوة الحياة داخل المريض أن تفعل الباقى وذلك بدلاً من إعطاء المريض جرعات كبيرة من العقاقير والأدوية. فطبيب المعالجة المثلية يري علامات وأعراض المرض كاستجابات الجسم فى محاولته لاستعادته اتزانه البدنى. ومن ثم فالمعالج بالطريقة المثلية يكون فكرة عن علاج الشخص المريض أكثر من علاج المرض. وبالتالى فهو يؤكد المفهوم الأساسى للصحة الكلية، وأن المرض يرى كانحراف عن أداء «الوظائف الطبيعية» ولذلك يجب أن يحفز الجسم لكى يقوم بالدور الرئيسى فى رعايته الذاتية(١).

ج- المعالجة الطبيعية والعشبية :

وتقوم هذه الطريقة علي مفهوم أن الجسم يتغذى فقط بالعناصر والمواد التى يحتاجها، وعلي ذلك إذا استخدمت هذه المواد بشكل روتينى عندئذ يمكن تجنب المرض. أما اذا حدث المرض فإن الجسم يكون قادرا على التخلص من تأثيره بدون استعمال أى عقاقير طبية أو تدخل جراحى. ولذلك يجب أن يكون المعالج بالطريقة الطبيعية وكذلك أماكن علاج المرضى (المستشفيات) بديلاً عن نمط الطب السريرى

(1) Ibid., p. 236.

الذى يخضع الناس فيه لنظم غذائية من الأطعمة المغشوشة، والجانب الأهم أنها تؤكل فى حالة أولية أو غير ناضجة. فالنظام الغذائى الصحى الذى يشمل استخدام «حياة طبيعية» و «هواء نقى» وتأمل الذات المتحررة من الخوف يعد كل شيء فى النظم الغذائية الكلية[1].

أما العشبية فيمكن النظر إليها علي اعتبار أنها تخصص فى نمط المعالجة الطبيعية، كما أنها تشمل بعض خواص الطب الألوباثى، وهى تعد وسيلة علاجية شرقية الأصل فى كثير من جوانبها، حيث ظهرت فى الصين كنظام علاجى حوالى عام ٣٠٠٠ قبل الميلاد، كما وجدت كتابات علي ورق البردى مؤرخة سنة ١٥٥٠ قبل الميلاد مسجل عليها حوالى ٧٠٠ نبات عشبى مختلف كان يستخدم فى كل مكان فى مصر. حيث كان هناك دواء عشبى لكل نوع من أنواع الخلل[2].

وقد فقدت العشبية بعض خواصها خلال العصور الوسطى بسبب تحولها التدريجى نحو الطب الباطنى والطب الألوباثى الذى بدأ فى الظهور، كما فقد العشبيون كثيراً من مكانتهم ونفوذهم فى منتصف القرن السابع عشر بسبب ظهور كتاب عن العلاج العشبى أذاع أسرار هذه المهنة. ولكى يستعيدوا مكانتهم المفقودة بدأوا يوحون أن أعشابهم لها قوة سحرية خاصة بسبب سر مكتشف فيها أو بسبب اعتمادهم المباشر علي إمكانية التنجيم، ولذلك فإن الامكانية الفعلية للعشب تكون ناقصة إلا إذا وجدت القوى السحرية، وكانت القوى السحرية المستترة مملوكة فى أيدى هؤلاء المعالجين لإمكان المحافظة على معرفة الفاعلية البيولجية- السحرية لهذه الأعشاب[3].

(٢) أنماط العلاج الثانوية:

وتشترك هذه الأنماط فى افتراض أساسى قوامه أن الصحة والعلاج يعتمدان علي تنشيط وتحرير قوة الحياة أو الطاقة من داخل الفرد. ويمثل هذا الإفتراض جانب

---

(1) Ibid., p. 237.

(2) Inglis B., "Fringe Medicine", London, 1964: Faber & Faber Ltd., p. 67.

(3) Idem.,

علاجى من الوسائل العلاجية التالية:

أ - تقويم العظام :

تنبني هذه الطريقة علي نظرية أنه متي كانت بنية الجسم خارج الوضع المستقيم (الاصطفاف) سواء كان ذلك بسبب مرض أو جرح، فإن العظام تحتاج إلي إعادة تصفيف وتقويم لكي تعمل بكامل طاقتها، ثم طورت هذه النظرية مفهوم أن الجسم السوى بنائياً هو جسم صحيح ومعافى، وإذا اختل توازن الجسم فلن يستطيع أداء وظيفته بالشكل الملائم وبالتالى فإن الاختلالات الجسدية ترجع إلي الاختلال البنائى مثل الأوضاع الخاطئة للعظام والالتواءات والانزلاقات فى بنية الهيكل العظمى. وإنه متي أعيد تصفيف وتقويم الجسم فإن قوة الحياة الذاتية الخاصة به ستحرر ومن الممكن تحقيق العلاج. ووفقاً لهذه النظرية بكل مشتملاتها فإن مجموعة عريضة من الأعراض أصبحت قابلة للعلاج تشمل الدرن والصرع وحصوات المرارة. كما أن عملية إصلاح وتقويم الفقرات التى أجريت فى هذه الحالات كانت تهدف إلي إعادة إمداد الدم الطبيعى للأعضاء المتوعكة[1].

ب- تقويم العمود الفقرى يدوياً :

تعتمد الطرق العلاجية للمعالجين بتقويم العمود الفقرى يدوياً علي تحرير قوة الحياة. وقد أكد هؤلاء المعالجون علي أن استبدال الفقرات الجزئية تسبب إثارة الأعصاب ثم تؤدى إلي الإصابة بالمرض. ومن ثم إذا ما تعارض أسلوب الحياة مع هذه الطريقة فإن المرض سوف يحدث من جراء هذا التعارض[2].

ج- الوخز بالإبر الصينية :

تنطوى المعالجة بالوخز بالإبر الصينية علي الاعتقاد بأن الجسم يحتوى علي أنابيب تسرى من خلالها الطاقة (Chi) ولو تعطل مفعول هذه الأنابيب تصبح قوة الحياة معطوبة وتالفة. وتعبر قوي الين (Yin) والينج (Yang) عن ثنائيات السالب

(1) Lorna G. Moore, et., al., p. 241.

(2) Idem..

والموجب وتفسر حالة الصحة والمرض. فالصحة هي حالة الاتزان بين هاتين القوتين أما المرض فهو الزيادة أو النقص فى أى منهما. ولكى يتحقق التوازن بين هاتين القوتين واستعادة الأداء الوظيفى الأمثل يتم وخز الجسد بإبر رفيعة عند نقاط محددة جيداً علي خطوط وثيقة الصلة بالعضو المصاب (عند العثور علي نقطة مؤلمة يمكن معرفة العضو الداخلى المصاب من خلال معرفة ما تمثله هذه النقطة). كما يعتقد أن هذه الإبر تعمل كـ مهماز الخيل للإثارة علي العمل وكمحفز كهربى للنظام العصبى اللا إرادى، وحيث يتحرك هذا المحفز إلي المراكز أسفل المخ ومن ثم ينبه العضو المريض لكى يستعيد توازنه. ويؤيد الدليل التجريبى الاعتقاد بأن الجنس البشرى يستطيع أن يتخلص من ألم الأمراض الفيزيقية المزمنة إن لم يستطع شفائها. والمعرفة بالمواقع الدقيقة للنقاط التى يمكن غرس الإبر فيها تعطى قوة دفع جديدة لاكتشاف آلة كهربائية مشابهة للمعالجين بتقويم العمود الفقرى يدوياً قادرة علي قياس الاختلاف فى المقاومة الكهربائية علي الجلد حول النقاط المتصلة بالعضلات[١].

د- تنظيم الوظائف اللا إرادية :

تقوم هذه الطريقة علي أساس أن هناك علاقة متبادلة بين المقاومة الكهربائية علي الجلد واستجابة ذبذبات الجسم البشرى[٢]. بحيث تلعب شحنة هذا التيار الدقيق المتولد علي الجلد دور المثير للمستقبلات العصبية التى تنقل الرسالة الكهربية عبر الأعصاب والحبل الشوكى الى المراكز العليا فى المخ فيتكون الرد علي الرسالة ويحدث تفاعل منعكس فى العضو أو المنطقة المرتبطة بالنقطة المثارة علي الجلد وتنبعث الطاقة الكامنة لرد المرض عن هذا العضو أو عن هذه المنطقة[٣].

---

(1) J. B., and Yin L., "Acupuncture: Past and Present", FDA Consumer, U.S. Department of Health, Education Welfare, puplication no. (FDA) 74-4001, Washingtion, D.C. May 1973: pp. 14-17.

(2) Lorna G. Moore, Op., Cit., p. 242.

(٣) محمد المخزنجى، الطب البديل- مداواه بلا أدوية، (كتاب العربى العدد ٤٣ يناير ٢٠٠١)، الكويت: ص ٧٠.

هـ- العلاج بالتنويم المغناطيسى:

التنويم حالة يتم استحداثها لدي الشخص بطريقة صناعية، وتشبه النوم لكنها تختلف عنه من حيث قابلية الشخص المريض المفرطة لاستقبال الايحاء والتأثير النفسى والعقلى من المعالج بالتنويم المغناطيسى. وقد ارتبط التنويم المغناطيسى بالعلاج فترة طويلة حيث استخدمه المصريون القدماء[١] والإغريقيون كما استخدم فى الأمريكيتين بواسطة الهنود الكوشان[٢].

و- النزعة نحو الصحة الكلية :

لقد تولد الاتجاه نحو مفهوم الصحة الكلية كحركة إنسانية فى أواخر الستينات من القرن الماضى، ومازال معترفاً بها حتي اليوم كتغير حيوى فى المفهوم الأساسى للكائنات البشرية والثقافية ككل. وتقوم هذه النزعة علي افتراض أساسى هو إمكانية العناية بالصحة ليس داخل الفرد فحسب ولكن داخل وخارج الفرد. فالنموذج الطبى الحيوى يحدد الصحة والمرض بالمستوى الميكروبيولوجى وذلك علي خلاف النزعة نحو الصحة الكلية التى تعترف بأن إعادة البناء الاجتماعى يعد شيئاً ضرورياً للوصول بشكل فعلى إلي/ والمحافظة علي مستوى مقبول من الصحة. وتتجه جهود نزعات الصحة الكلية إلي الرعاية والمحافظة علي صحة الفرد وصحة المجتمع علي عكس نماذج الرعاية الصحية التى تعالج الفرد بشكل منفرد[٣].

---

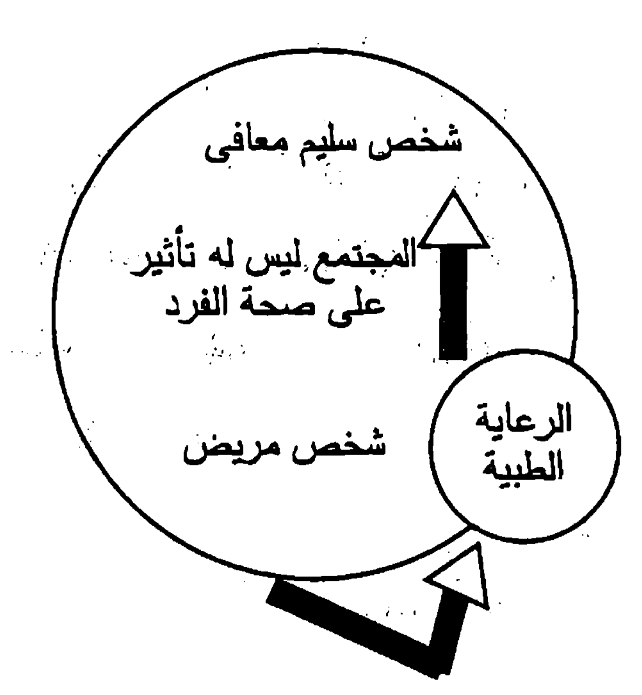
(١) استخدم امحوتب أبو الطب المصرى القديم فى مدرسته الطبية ومستشفاه بمدينة (منف) طريقة تشبه الإيحاء للوصول إلي العقل الباطن لمرضاه بأن يتركهم ينامون سواء كان نوما طبيعيا أو فى أعقاب تناول النباتات المخدرة ثم يجعل الكهان يرددون علي أسماع هؤلاء المرضى النائمين عبارات إيحائية لتتسلل إلي أحلامهم وتلعب دوراً إيحائيا فى تحفيزهم على للشفاء من أمراضهم، المرجع السابق ص ١٢٤ .

(2) Lorna G. Moore, Op., Cit., p. 243.

(3) Idem., .

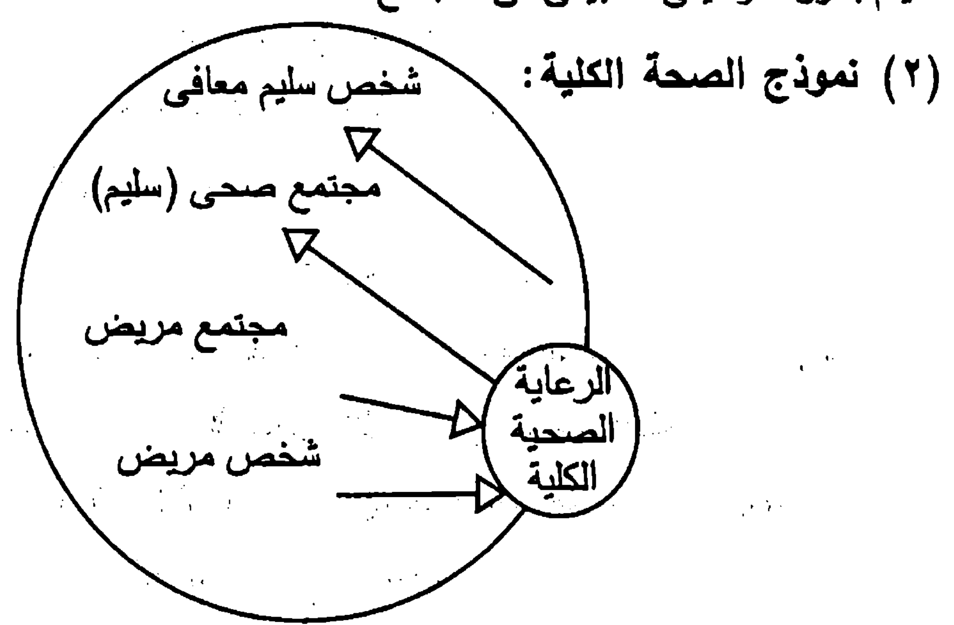
ويوضح الشكل التالى(١) المقارنة بين النموذج الطبى ونموذج الصحة الكلية:

(١) النموذج الطبى :



وينظر هذا النموذج إلي الصحة والمرض بمستوي ميكروبيولوجى، ويعالج الفرد للقيام بدوره الوظيفى الطبيعى فى المجتمع.

(٢) نموذج الصحة الكلية:



وينظر هذا النموذج إلي الصحة والمرض علي المستوى المجتمعى، وعما إذا كانت بنية المجتمع توفر البيئة الصحية للمقيمين فيه، لأن المجتمع المريض ينتج أفراداً مرضي.

(1) Hays Bautista D., and Harveston D.S., "Holistic health care, Social policy", 1977: p. 9. Quated in: Lorna G.Moore, Po., Cit., p. 244.

رابعاً : المعالجات الشعبية :

يحوى الطب الشعبى العديد من الممارسات العلاجية التى تهدف إلي تحقيق الراحة الجسمية والنفسية للمريض، والتى تشمل كلاً من الأساليب السحرية- الدينية والأساليب الكيميائية الأولية. وقد أشار لاجوهلن (Laughlin)فى هذا الصدد إلي أن نجاح المجتمعات الإنسانية لا يقتصر علي استخدام الأساليب الطبية فحسب، بل من خلال استخدام الطرق والوسائل الشعبية فى العلاج أيضاً[١].

ويتكون الطب الشعبى من جانبيين أساسين[٢] هما:

أ- الطب الشعبى الطبيعى :

وهو الجانب الذى يتضمن العلاج النباتى أو طب الأعشاب، وهو يمثل ردود الفعل المبكرة لاستجابة الإنسان لبيئته الطبيعية فى شكل سعيه لعلاج أمراضه عن طريق الأعشاب والنباتات وما إلي ذلك من موارد البيئة الحيوانية والمعدنية المحيطة به.

ب- الطب الشعبى السحرى أو الغامض :

وهو الجانب الذى يعتمد علي استخدام التعاويذ والشعوذة ويتضمن نظرة أكثر تعقيداً وأقل علمية للعالم.

ولقد تعددت وتنوعت الممارسات العلاجية فى علاج الأمراض الشعبية حيث اعتمدت علي السياق الثقافى الذى مورست فيه، وقدمت المعالج فى صورة الكاهن أو الراهب أو الشيخ أو الساحر أو الشامانى وأطلقت عليه فى كل الأحوال لفظ «الحكيم» الذى التصق بالأطباء حتي الآن. وجاء هذا المعالج الحكيم يحمل أدوات المعالجة من مكونات البيئة ذاتها ، أما أدوات التعامل مع نفوس المرضى فكانت من خلال تراثهم الروحى، وغالباً ما كان هذا المعالج من رجال الدين البدائى الذى يسخر وقته لعبادة الآلهة والقوى الخارقة مما زاد من تقديس واحترام الناس له، وتقبل كل أعماله الشاذه

(١) مرفت العشماوى، مرجع سبق ذكره، ص ٢٤٨ .

(٢) إبراهيم خليفة، مرجع سبق ذكره، ص ٣٥ .

والغريبة. وقد حاول هذا المعالج أن يحيط نفسه بغموض خاص- كما هى عادة البشر منذ أن خطي الإنسان على سطح الأرض- فارتدى ملابس خاصة شاذة معظمها من أصل حيوانى أو من الطيور وزاول طقوساً خاصة وحركات راقصة واستعمل مواداً غريبة لزيادة تأثيره وفاعليته كما كان يضطر فى بعض الأحيان إلي الاستعانة ببعض الأعشاب والمواد الطبيعية. وعلي الرغم من ظهور أنواع جديدة من الأمراض فقد ظلت مهمة الممارسات العلاجية الشعبية موكولة لهؤلاء المعالجين مع إضافة بعض الممارسات الجديدة مثل حلقات الذكر وإطلاق البخور ودق الزار واستعمال نباتات مختلفة من الأنواع التي تحتوي مواد مخدرة مثل الكوكا ونبات ست الحسن(١).

وقد جمعت الممارسات العلاجية للطب الشعبي بين الممارسات الطبية الهندية القديمة (الأيورفيدية) التي تعمل علي إعادة التوازن الروحي والجسدي من خلال ممارسات وطقوس معينة، ورياضات التأمل والتنفس من التبت واليابان، والوخز بالإبر من الصين، كما راجت أساليب التشخيص بقراءة الحدقات والتطبيب المنعكس من أوروبا(٢). وذلك بالإضافة إلي العديد من الممارسات الأخري في بلادنا والتي تعتمد علي المعتقدات الشعبية والدينية وتتضمن بعض العناصر التجريبية العلمية كالصوم والفصد والتدليك ومساعدة السيدات علي الولادة واستخدام حمامات البخار وتناول المياه المعدنية والتمرينات الرياضية وطرق تضميد الجراح والكي والبتر والحقن الشرجية واستخدام المسهلات ومضادات التشنج ومدرات البول وطوارد البلغم والمقيئات، ورد العظام المخلوعة وتجبير الكسور وعلاج العمود الفقري بالتقويم. علاوة علي الممارسات العلاجية باستخدام بعض أجزاء الحيوان، وبعض الحشرات مثل ديدان العلق وكذلك استخدام بعض المكونات الطبيعية كالعسل في علاج آلام النقرس والتهابات الأنف والحلق وعلاج حالات الرطوبة والسعال وعلاج الأرق. كما تشتمل هذه الممارسات أيضا علي استخدام بعض الأملاح مثل الكبريت والنحاس والسيلكا وكلورات البوتاسيوم والصوديوم. وكذلك النباتات التي تعد من اشهر الأساليب

---

(١) عبد الرحمن نور الدين، شفاء بلا دواء، دار الأمين، القاهرة: ١٩٩٣، ص١٥-١٦ .

(٢) محمد المخزنجى، مرجع سبق ذكره، ص ٨ .

العلاجية في الطب الشعبي والتي أثبت التحليل العلمي كفاءتها وفاعليتها بتناولها خضراء أو في صورة شراب مغلي(١).

وهناك بعض النظريات الطبية التي تمثل تراثاً مشتركا بين الشعوب المختلفة، والتي ساهم فيها كل شعب بدوره بإثرائها وتدعيمها وتطويرها مثل نظرية «تناغم الأجرام السماوية» ونظرية «الأعداد لـ فيثاغورث» واللتان أثرتا علي كل من جاءوا بعده من علماء الطب الإغريقي. ثم تعاقبت بعد ذلك إسهامات الفلاسفة والمفكرين الإغريق في ميادين العلاج الطبي التي لخصت خلاصة التقدم الإنساني في هذا المجال خلال ذروة الحضارة الإغريقية، ومن بعدهم العرب الذين استمروا في تطوير هذا التراث، فقدموا نظرية «التنجيم» التي تؤكد علي دور الكواكب والنجوم والمنازل القمرية وعلاقتها بحدوث الأمراض وتأثيرها علي فاعلية النباتات والأحجار الكريمة وغيرها من المواد المستخدمة في العلاج. وكذلك نظرية «العلامات» التي تعد من أبرز النظريات وأقواها تأثيراً علي الممارسة الطبية حيث تري هذه النظرية أن جميع العناصر الطبيعية كالنباتات والحيوانات وأعضائها المختلفة والأحجار .... إلخ تحمل علامات أو إشارات معينة تدل علي الحاجة الإنسانية أو الوظيفة التي يمكن أن يستخدم فيها هذه العناصر الطبيعية لخدمة الإنسان. وكما تطورت النظريات العلاجية فقد تطورت أيضا الممارسات العلاجية وأساليب إعداد الوصفات الطبية المستعملة فيها ولم تعد تقتصر علي استخدام عشب أو عنصر واحد لعلاج مرض معين وإنما وصل الأمر بالمطببين الشعبيين إلي إعداد وصفات مركبة تضم مجموعة من الأعشاب والعقاقير وأحياناً السموم(٢).

ومن ثم يتضمن الطب الشعبي والممارسات العلاجية الشعبية الكثير من الجوانب السحرية-الدينية الغامضة (الرقي والتمائم والتعاويذ) إلي جانب الوسائل الكيميائية الأولية (الفصد والكي وكاسات الهواء) واشكال أخري من العلاجات التي تنبني علي استعمال النباتات والأعشاب الطبية، والتي ينظر إليها علي أنها ممارسات علاجية

(١) مرفت العشماوى، مرجع سبق ذكره، ص ص ٢٤٩ – ٢٥٠ .

(٢) محمد الجوهري، علم الفولكلور- دراسة المعتقدات الشعبية، الجزء الثاني، مرجع سبق ذكره، ص٤٧١ – ٤٧٧ .

شعبية لعلاج الأمراض الجسمية والنفسية في إطار إتساق المعتقدات والمسباب العامية لهذه الأمراض، كما تحرص أنماطها الثقافية علي ممارستها كعادات وتقاليد شعبية. وفيما يلي عرض لهذه الممارسات العلاجية الشعبية :-

١- العلاج بالنباتات والأعشاب الطبيعية :

تتميز النباتات والأعشاب الطبيعية بخصائصها الطبيعية وخواصها العلاجية أو الوقائية بالنسبة لأمراض معينة، وترجع هذه الخاصية إلي وجود بعض مواد كيميائية خاصة في أنسجة هذه النباتات لها تأثير معين علي الجسم. وتضم الأعشاب الطبية مجموعة كبيرة من النباتات التي تحتوي علي مركبات كيمائية ذات تأثير تعرف بالمادة الفعالة التي تستخدم في الأغراض الطبية العلاجية. وتستخدم النباتات و الأعشاب الطبيعية إما مباشرة في صورة أعشاب مجففة كما هو معروف في الممارسات العلاجية للطب الشعبي أو قد تستخلص منها المادة الفعالة التي تدخل في تركيب المستحضرات الدوائية . وقد عرف الإنسان الكثير من النباتات والأعشاب بفائدتها الطبية والعلاجية وتمكن من الاستفادة بها في كثير من النواحي العلاجية، فكما تعلم الكثير من خواصها الطبيعية فقد عرفته الطبيعة أيضاً خواصها الطبية حين لاحظ تأثيراتها المختلفة علي الحيوانات وقطعان الماشية التي كان يرعاها وإستقي منها تجربته في محاولات الشفاء من أمراضه والتخلص من متاعبه[١].

وقد كان القدماء المصريون من أوائل الشعوب التي اهتمت بالنباتات والأعشاب الطبية ودرستها وتعرفت إليها واستخدمتها في كافة النواحي العلاجية، وظهر منهم الأطباء العشابون الذين تخصصوا في هذا المجال ودونوا كثيراً من الوصفات الطبية في بردياتهم التي ما زالت مستعملة حتي الآن وأثبت الطب الحديث فاعليتها. وكان من اشهر القدماء المصريين في هذا المجال «أمنحتب» الذي أحبه المصريون القدماء وقدسوه واعتبروه إله الطب، ووضعوا صورة «الكأس والثعبان» رمزاً للدواء في اللغه

---

(١) محمد رفعت، الموسوعة الصحية- العلاج بالأعشاب قديماً وحديثاً، مؤسسة عز الدين للطباعة والنشر، القاهرة: ص١٩-٢٠ .

الهيروغليفية القديمة وهو نفس الرمز الذي يستعمل حالياً في صناعة الدواء. ثم توالي بعد ذلك الاهتمام بالنباتات الطبية من عصر القدماء المصريين إلي عصر الإغريق إلي عهد الرومان وظهر الإهتمام الأكبر بها في عهد العرب علي يد العديد من العلماء أمثال جابر بن حيان (٧٠٠-٧٦٥ ميلادية) ثم الطبيب العربي المشهور أبو بكر الرازي (٨٥٦- ٩٢٥ ميلادية) ثم العالم العربي داود الإنطاكي ومؤلفه الشهير «تذكرة داود» الذي وضع فيه كل ما يتعلق بالطب والأمراض ووسائل علاجها بإستخدام النباتات والأعشاب الطبيعية[١].

وهناك الآلاف من الوصفات الطبية التي تعتمد علي النباتات والأعشاب الطبيعية بمختلف أنواعها مثل : الكزبرا والكمون والقرفة والزعتر والشيح والقرنفل وجوزة الطيب والمستكي والحبة السوداء واللبان والفلفل والصمغ وحب الهان والنعناع. كما تدخل الزهور كعناصر علاجية في عدد من الوصفات الطبية مثل: النرجس والورد والبنفسج والياسمين والسوسن والحناء..... الخ كما تستخدم الفواكه أيضاً علي نطاق واسع في هذه الوصفات: السفرجل والمشمش والليمون والخوخ والكمثري والموز والرمان والتين والعنب والنبق والجميز والتوت. بالإضافة إلي الخضروات والحبوب مثل القمح والزيوت والأفيون والزيتون والجوز واللوز والبصل والكرفس والعدس والقثاء والرجلة والجرجير والخس والثوم والجزر والفجل والكرنب والباذنجان والقرع والكحل والحمص والشعير والتمر هندي والكزبرا والشبت والخروع والليسون والكراويا. وقد تتمتع بعض هذه النباتات والأعشاب بمواصفات طبيعية خاصة تفيد في حالات مرضية معينة أو قد يكون لها مواصفات طبيعية عامة تفيد طائفة بأكملها من الناس وهناك نباتات أخري تتمتع بخصائص طبية في معظم ثقافات العالم[٢].

٢- العلاج بالصوم عن تناول الطعام:

عرف الصيام عن الطعام والشراب أو عن بعض أنواع الطعام منذ أقدم العصور كأحد الفرائض الدينية عند الشعوب، واعتبروه من فضائل الحياة وأفردوا له مكاناً

(١) المرجع السابق، ص ص ٣١ – ٢٣ .

(٢) محمد الجوهري، علم الفولكلور- دراسة المعتقدات الشعبية، الجزء الثاني، مرجع سبق ذكره، ص ٤٩٣ - ٤٩٦ .

مرموقاً في عبادتهم وعقائدهم. كما وجد الصيام في العديد من الديانات مثل الزرادشتيه (الفارسية) والمانوية والمجوسية والبوذية واليهودية والمسيحية. كما عرفه الإغريق حيث نادي (أبوقراط) باتباعه لعلاج الكثير من الأمراض الباطنية والخارجية. وبعد ظهور الإسلام وانتشاره أصبح صوم رمضان ركناً من أركان الإسلام وعرف المسلمون حكمته وفائدته لتطهير الأرواح والأبدان، كما أوصي به (ابن سينا) وعده عاملاً هاماً في علاج مرض الجدرى والزهرى واتبعته المستشفيات في مصر أيام الحملة الفرنسية في القرن الثامن عشر الميلادى لعلاج الزهرى باعتباره قاتلاً للميكروب المسبب له ويؤدى إلي تلف الخلايا وإعادة بنائها من جديد (حسب نظرية التجويع في علاج الزهرى). وهناك أنواع أخرى من الصوم عن الطعام والشراب عند أجناس أخري من البشر وفي مختلف العصور والأزمان لعلاج الأبدان وتطهير الأرواح مثل:-

أ- صوم العطف :

وهو صوم الحداد أيام الحزن والمحن لكى يشعر الصائم أنه لايزال يذكر أحباءه الغائبين ولا يبيح لنفسه ما حرموا منه.

ب- صوم التطهير :

وفيه يكف الصائم ويمتنع عن إتيان الخبائث والمحظورات من شهوات النفس والجسم.

ج- صوم التكفير عن الخطايا والذنوب :

وهو نوع من أنواع الصوم التطوعى يعاقب به الصائم نفسه علي ذنب اقترفه وندم عليه واعتزم التوبة منه والتمس العذر فيه.

د- صوم الرياضة النفسية والبدنية :

وهو الصوم الذى يمكن الصائم من السيطرة على وظائف جسمه بارادته تصحيحا لعزيمته أو طلباً لتقوية قواه الحيوية وتنشيطها واعتدال وظائف وأداء أعضائه الجسمية.

وتقتضى كل هذه الأنواع من الصوم أن يتوقف الصائم عن تناول الطعام والشراب وعن اشباع شهوات جسده لبعض الوقت أو الامتناع عن تناول بعض الأطعمة لتحكيم وتغليب إرادته فى رفض شهوات جسده ونفسه وتقوية عزيمته(١).

غير أن الصوم الذى تشير إليه كافة الممارسات العلاجية منذ العهود القديمة حتي الآن هو الصوم الأقرب إلي الصوم الإسلامى الذى يمتنع فيه الصائم عن الطعام والشراب لفترات محدودة وهو بذلك يختلف عن الحمية (الرجيم أو النظام الغذائى) حيث تعد الحمية طريقة علاجية غذائية تعتمد علي امتناع الفرد عن تناول أطعمة وأشربة معينة .وهكذا ظل الصوم كإحدى الممارسات العلاجية الشعبية التى تناقلتها أجيال المعالجين والمطببين ومنذ اقترن الطب بالحكمة. كما يعد الصوم الطبى وهو الصوم عن الطعام لمدة أيام قليلة علاجا شعبياً معتادا لبعض الأمراض المعدية والمعوية كما يلجأ اليه بعض المعالجين الروحيين لعلاج بعض الأمراض الروحية حيث يتغير سلوك الجسد الانسانى خلال عملية هذا الصوم، فالامتناع عن تناول الطعام هذه الفترة يؤدى إلي حدوث عمليتين أساسيتين:

أ - عند انقطاع إمداد الجسم بالطعام من الخارج، ينتقل الجسم إلي تغذية نفسه من الداخل اعتماداً علي ما يدخره من مخزون فى أنسجة الجسم المختلفة للحصول علي الطاقة اللازمة لإستمرار الحياة. كما تتضمن عملية الانتقال إلي التغذية الداخلية نوعاً من التوازن الغذائى المحكم فى حدود ما هو مطلوب حيوياً للجسم دون حدوث أى أعراض مثل سوء التغذية.

ب - إن أهم ما فى الدور العلاجى للصوم هو استمرار وزيادة عملية الإطراح أى تخلص الجسم من تراكمات الفضلات والسموم خاصة فى الأنسجة المريضة، حيث يتلاشي مصدر مهم من مصادر السموم داخل الجسم وهو ناتج تحلل الأغذية فى الجهاز الهضمى، وتستمر عملية التنظيف لإخراج الفضلات والسموم المتراكمة فى الأنسجة عبر اللعاب والعصارة المعدية والعصارة الصفراء وعصارة البنكرياس والأمعاء والمخاط والبول والعرق.

(١) سمير يحيي الجمال، مرجع سبق ذكره، ص ١٤٧ - ١٤٩ .

ويترتب علي هاتين العمليتين بالإضافة للراحة الفيزيولوجية التى يمنحها الجسم للجهاز الهضمى ولسائر الأجهزة والغدد، أن تتجدد أعضاء الجسم وتنشط وظائفها ويَصير الدم أكثر صفاء وأغني بكريات الدم الأكثر شباباً(١).

٣- تجبير العظام :

يقوم بعض المعالجين والمطببين المتخصصين فى تشخيص الكسور والرضوض وآلام العظام والذين يطلق عليهم «المجبراتية» بمعالجة العظام المكسورة ومعالجة الرضوض ورد العظام المخلوعة إلي أماكنها. وقد انتشر هؤلاء «المجبراتية» فى كافة البلدان يمارسون هذه الوسيلة الشعبية القديمة مؤكدين قدرتهم علي استعدال وضع العظام وإرجاعها إلي شكلها ومكانها الطبيعى فى الجسم أو علاج الكسور بإستخدام بعض الآلات التى صنعوها بأيديهم ومن ابتكارهم(٢). وقد ظهرت هذه الفئة من المطببين الشعبيين ومعظمهم ممن ورث هذه المهنة عن آبائهم وأجدادهم وتعلموا أسرارها وتدربوا عليها، كما قد يدعى بعضهم أن هناك قوي خفية تولت تدريبه وتعليمه، ومنهمم من ينسب قدرته العلاجية إلي موهبة وهبها الله له. وهم يعالجون حالات الكسور البسيطة فى مختلف أماكنها والرضوض وحالات الملخ وعرق النسا ويقومون بعملية الكي أيضاً من خلال تحديد أماكن الألم بالظهر والأرجل وكيها بسلك معدنى يتم تسخينه لدرجة الإحمرار، ويستخدمون فى ذلك البيض والدقيق وتبن الفول ونبات المارسين وبعض المواد المقوية لعمل الجبائر كجريد النخل والأبلكاش والكرتون، كما يستخدمون الدهن والبلح لعمل اللبخات والقطن والدمور لربط الكسور والزيوت لتدليك الأجزاء المملوخة(٣).

- وينتشر هؤلاء المطببون الشعبيون (المجبراتية) فى القري والمدن الصغيرة ويلجأ اليهم الكثير من المرضى لاعتقادهم فى قدراتهم العلاجية فى تجبير الكسور

(١) محمد المخزنجى، مرجع سبق ذكره، ص ٥٦ – ٥٨ .

(٢) سمير يحيي الجمال، مرجع سبق ذكره، ص ٣٣ .

(٣) سعاد عثمان، مرجع سبق ذكره، ص ٧٧ – ٨٢ .

البسيطة التى تصيب الأطراف أما الكسور الكبيرة التي تصيب الحوض أو الجمجمة أو بعض الأجزاء الأخري من الجسم فلم يحالفهم الحظ فى تجبيرها والسبب فى ذلك أن الخبرة التى اكتسبوها انحصرت فى الأجزاء التى كانت تتعرض للكسر أكثر من غيرها فى الزمن الماضى، وهى عظام اليدين والرجلين تبعا للبيئة التي كانوا يعيشون فيها حيث كان الناس يركبون الخيل والنوق والحمير وإذا ما سقط شخص عن دابته فإن أول ما يتعرض للكسر هو الأطراف، ونفس الأمر اذا ما سقط الشخص علي أرض ملساء وزلت قدمه فانفصلت عظامها عن بعضها. أما الكسور الأخري فقد تحتاج إلي تدخلات جراحية مما يعجز عنه هؤلاء المجبراتية. ولقد أدرك الناس كسور العظام وعرفوا تركيبها وارتباطها مع بعضها البعض من خلال معرفتهم لعظام الذبائح من الأغنام والماشية ومن ثم تولدت لديهم صور كاملة عن العظام وتكوينها كما تولدت لديهم الثقة فى قدرة الشخص «المجبراتى». وكان «المجبراتى» الذى يقوم بعملية جبر العظام أى (وضعها فى مكانها الصحيح) يتحسس الجزء المكسور إلي أن تقع يده على الألم فيصب الماء والصابون على مكان الألم ويبدأ بعمل تدليك خفيف للمكان حتى لا يصاب بالأذى ثم يبدأ بوضع العظم المكسور فى مكانه الطبيعى رويداً رويداً وبمهارة كبيرة ثم يضع حول مكان الكسر عودين متوازيين علي شكل جبيرة ويربطهما بالقماش الأبيض ثم يكسوهما بعجينة مخلوطة من الدقيق والبيض والماء الساخن[1].

٤- علاج الأمراض بالحُجامة :

يعنى بـ الحُجامة استخدام كاسات مفرغة الهواء لعلاج آلام الأنسجة المحتقنة أو الملتهبة فى جسد المريض. وقد عرف قدماء المصريين هذا النوع من العلاج ومارسوه بتوسع ونقله عنهم الكثير من الدول المجاورة حتى وصل إلي الصين، كما عرفت هذه الطريقة العلاجية فى كتابات الطبيب الشهير «كوهونج» فى القرن الرابع قبل الميلاد فى بلاد الصين وفى شبه القارة الهندية أيضا بطريقة «القرن» باستخدام قرون بعض الحيوانات، حيث كان المعالجون يقطعون أطراف القرون المجوفة لبعض الحيوانات ثم يضعون الجزء الواسع منها على الجلد ثم يمصون بقوة عن طريق الفم من الطرف

(١) سليمان عبيدات، دراسة فى تقاليد وعادات المجتمع الأردنى، مؤسسة مصرى للتوزيع، لبنان: ص ٢٢٦ – ٢٢٧ .

الضيق للقرن حتى يتم تفريغ الهواء منه ثم يغلقونه بطرف الاصبع مع الضغط بشدة عليه مما يؤدى إلى امتصاص الجلد وما تحته من أنسجة الى أعلي داخل الفتحة الواسعة للقرن وتحتقن الدماء ثم يحدث إحساس سريع بالراحة[١]. ومع مرور الزمن استبدلت قرون الحيوانات بكاسات من الزجاج وتغيرت طريقة استعمالها إلي هذين الشكلين:

أ- الحُجامة الجافة :

وفيها يقوم المعالج بغمس قطعة من القطن أو الورق فى محلول من الكحول ثم يشعلها ويضعها فى الكأس الزجاجى وهى مشتعلة لتسخين الهواء داخل الكأس، وبعد انطفائها يضع الكأس على الجزء المتألم من جلد المريض ويضغط عليها بشدة ثم يرفع الكأس برفق من مكانها بعد فترة وجيزة يكون الجلد وجزء من الأنسجة قد شفط داخل الكأس خلال هذه الفترة.

ب- الحُجامة الرطبة :

وفيها يقوم المعالج الشعبى بتشريط الجلد بحيث تظهر بعض قطرات الدم من خلالها ثم يضع الكأس الساخنة فوقها ويتركها لفترة وبعدها يحدث تورم في المنطقة المصابة وتمتلىء بالدم، ثم ترفع الكأس وتوضع بعض السوائل أو المراهم أو المساحيق القابضة أو المطهرة على الجروح.

ويحس المريض بالراحة من آلامه فى هذا الجزء من الجسم باستخدام أى من هاتين الطريقتين، كما تفيد أيضاً فى إزالة الآلام الروماتيزمية وآلام البطن وبعض الأمراض المعدية (الناتجة عن البكتريا) كما تضفى الإحساس بالراحة لمرضي الالتهاب الشعبى المصحوب ببلغم[٢].

وهناك شكل ثالث أضيف إلي الحجامة وهو «ديدان العلق» الماصة للدم لكى يستخرجه من الأنسجة الدقيقة بطريقة أحسن من الحجامة بمفردها. وقد ذكر «ابن

---

(١) سمير يحيي الجمال، مرجع سبق ذكره، ص ٣٠٣ .

(٢) المرجع السابق، ص ٣٠٤ .

سينا، العلاج بالعلق ووصف طريقة استعماله فى كتابه «القانون» كما وصفها الطبيب الأندلسى الشهير «أبو القاسم الزهراوى» فى كتابه الشهير «التصريف». والعلق عبارة عن ديدان حلقية اسطوانية أو مفلطحة قليلاً ومعقلة ومقسمة إلي حلقات ثانوية تستوطن المياه العذبة فى المناطق الحارة الدافئة أو قد تعيش فى البحار وأحياناً علي البر، ولها ممصان أمامي وخلفي لمص الدماء ولها ثلاثة أسنان ثلاثية حادة تغرزها فى الجلد فتحدث ثقوب يخرج منها الدم فتمتصه الديدان وتفرز من لعابها أنزيماً يمنع تجلط الدم. ويوضع هذا العلق على الجروح بعد ٢٤ ساعة من جمعه وغسله وتنظيفه، وعندما يمتلىء جسم العلقة بالدم يلقي عليها بمسحوق البوراكس أو الملح لإرغامها على ترك الجرح ثم توضع الكاسات الزجاجية فوق موضع النزف لامتصاص المزيد من الدماء ثم ترفع الكاسات. وتفيد هذه الطريقة فى علاج بعض الأمراض الجلدية مثل الصدفية والأكزيما والكلف والنمش كما تزيل بعض آلام الظهر والصدر(١).

٥- العلاج بحلقات الذكر وحفلات الزار :

يعد «الزار» حفل له طقوس واجراءات شديدة التعقيد، يقوم على الرقص والغناء والموسيقي وطائفة متنوعة من العمليات فى إطار احتفالى فاقع بخلاف المعتقدات والممارسات الطقوسية، وتنتشر حفلات الزار فى البيئة المصرية الحضرية أكثر منها فى البيئة الريفية، وهو ظاهرة عالمية له نظائر وأشكال شبيهة فى كثير من البلاد خاصة فى آسيا وأفريقيا كما أنه يمثل أحد المعتقدات التى يشترك فيها المسلمون والمسيحيون فى مصر(٢). وترجع ممارسات الزار إلي بلاد الحبشة ثم انتقل إلي وادى النيل من الخرطوم جنوبا وحتى مدينة الاسكندرية شمالا. ويشير اصطلاح أو مفهوم الزار من خلال الشعائر والطقوس التى ارتبطت بممارساته الى أن هناك بعض الأرواح الشريرة تلتصق او تتوحد مع بعض الأفراد وتأخذ مسميات متعددة مثل: أبليس والشيطان والعفريت والجن، وهي خوارق غيبية تسبب الأمراض واعتلال صحة هؤلاء الأفراد وتستحوذ على شخصياتهم وتسيطر علي كل حركاتهم وتصرفاتهم بحيث

(١) المرجع السابق، ص ٣٠٥- ٣٠٦ .

(٢) سعاد عثمان، وآخرين، مرجع سبق ذكره، ص ٣١٩ .

تغيرها وتخلق منهم أشخاصاً مغايرين لطبيعتهم الأصلية كما تسيطر علي وظائف جسدهم العصبية والحركية وتضعهم تحت ظروف صحية ونفسية معينة تتطلب علاجهم عن طريق إقامة حفلات الزار[١]. وقد تسمي هذه الأرواح «الأسياد» حيث يعتقد أنها ذات مقدرة علي طلب الخير والشر للإنسان وهي لا توصف بأنها طيبة أو شريرة لأنها جميعاً أرواح طاهرة واجبة الإحترام والتقديس، وهي لا تعيش في جسم الإنسان بشكل دائم ولكنها تأتيه في حالة التلبس فتحل الأسياد بالجسم[٢].

ويعد الزار بما يقوم عليه من معتقدات وما يدور حوله من طقوس وممارسات من أبرز الظواهر التي يعرفها المعتقد الشعبي، فهو يعبر من حيث شكله وخصائصه عن الظواهر المميزة للتراث الشعبي المصري أما من حيث جوهره فهو حفل ذي مقومات خاصة تستهدف طرد الأرواح أو إسترضائها من خلال تقديم بعض الأضاحي و القرابين وأداء بعض الرقصات ذات الإيقاع المتلاحق السريع، كما اكتسب طبيعة خاصة من واقع تفاعله مع الثقافة الشعبية المصرية ظهرت فيما إتسمت به دنيا (الأرواح) أو (الأسياد) من طابع مصري متميز. كما أن أبرز السمات التي تميزه كاحتفال ديني شعبي في مصر هو أنه قاصراً علي النساء فقط حيث يجدن فيه متنفساً تصب فيه كل منهن ما يعتمل في نفسها من مشاعر الضغط أو الحرمان بالإضافة إلي بعض العوامل الأخري مثل تأخر الحمل أو العقم أو ولادة أطفال مشوهين أو ميتين حيث يسيطر عليهم الاعتقاد بأن ذلك من فعل الأرواح أو الأسياد ومن ثم يجب استرضائها أو طردها عن طريق حفلات الزار. كما لا يقتصر الإيمان بالتأثير العلاجي النفسي للزار علي بعض الطبقات الشعبية البسيطة في مصر بل يمتد إلي أبناء الطبقات العليا أيضاً. كما أن الناس لا يذهبون إلي الزار التماساً للشفاء من علل نفسية فحسب بل من أمراض جسمية أيضاً خاصة الأمراض المستعصية مثل الروماتيزم والصداع[٣].

---

(١) محمد عباس إبراهيم، الثقافات الفرعية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية: ١٩٧٧، ص ٢٣١ - ٢٣٢ .

(٢) سعاد عثمان وآخرين، مرجع سبق ذكره، ص ٣٢١ .

(٣) محمد الجوهري، علم الفولكلور - دراسة المعتقدات الشعبية، الجزء الثاني، مرجع سبق ذكره، ص ٥٩٥ - ٦٠٥ .

وتقود حفل الزار منشدة رئيسية تسمي «الكودية» أو «الشيخة» وتقوم بالدور الرئيسى فى الغناء وتردد النسوة بعض المقاطع الغنائية وراءها حاملين الدفوف والطبول والصاجات وتعزف الموسيقى الملائمة لمزاج احد الأسياد أو بعض الأسياد الذين يلبسون امرأة معينة فينزل ويعبر عن رغباته من مأكولات وقرابين وهدايا وطلبات ... وتتعدد الألحان الموسيقية لاستدعاء أسياد بقية النساء المشاركات فى الحفل ليتم الاتصال بهم وهكذا. وما أن يتم حلول الأسياد فى أجسام النساء المرضي – يتعرضن لحالات انفعالية عنيفة تصل أحياناً إلي الإغماء وفقد الوعى ويأتين بأقوال وأفعال يكن غير مسئولات عنها وإنما تعبر عن رغبات الأرواح[١].

أما حلقات الذكر فهى أيضا من الموروثات المصرية القديمة والتى استمرت بعد دخول الإسلام مصر فى ذكري المولد النبوى الشريف وموالد أهل البيت (أحفاد الرسول صلى الله عليه وسلم) حيث تلقى الأناشيد والأوراد الدينية ويظل الرجال والنساء يفقرون علي أنغام الموسيقي والأناشيد ويتمايلون ناحية اليمين وناحية اليسار مع دقات الطبول والدفوف والصاجات حيث تريح هذه الحركات بعض المرضى من تأثير الأرواح الخفية، كما تطرد آيات القرآن الكريم الجان السفلى من أجساد الممسوسين فتزول أمراضهم[٢].

وعلي ذلك فإن أنساق المعتقدات الدينية والسياقات الثقافية الشائعة وسط هؤلاء الناس هى التى تشجعهم علي التماس العلاج من خلال التمايل أثناء حفلات الزار أو حضرات الذكر. فالأناشيد والأوراد التى يرددها المشتركون فى حضرة الذكر فى توحيد الخالق سبحانه وتعالى واستعطافاً لعلاه لإسباغ رحمته الواسعة عليهم، والصلاة والسلام على رسوله الكريم تنعش الروح الإسلامية السليمة وتزيد من روحانيتها وتطهرها من شوائبها وتشفى المريض والملموس من الجان الضار وتجلب الجان العلوى الذى يطرد الأرواح الشريرة. كما أن عزف الموسيقى والألحان فى حفل الزار هى عبارة عن مدح وإفتخار بالجان وتملك الجان اللامس للمريض واستعطافه، فإذا

(١) سعاد عثمان، وآخرين، مرجع سبق ذكره ص ٣٢٢ .

(٢) سمير يحيي الجمال، مرجع سبق ذكره ص ٣٢٠ .

صادف أن وافق لحن من هذه الألحان فانه يظهر واضحاً عليه وينطق بما يريد لكى يتركه أو يريحه من مرضه تحت شروط معينة وتقديم قرابين وأضحيات محددة . ومن ثم تعد حفلات الزار وحلقات الذكر إحدي الوسائل الممكنة التى يلجأ إليها الناس للخلاص من مشاكلهم المرضية المستعصية التى لم يستطع الطب الحديث علاجها[1] .

---

(١) المرجع السابق، ص ٣١١ .

الفصل الخامس

المعالجون الشعبيون والممارسات العلاجية في الطب الشعبى

- مقدمة
- المبحث الأول: المعالجون الشعبيون
- المبحث الثانى: الممارسات العلاجية في الطب الشعبى

مقدمة :

يعالج هذا الفصل موضوع «المعالجون الشعبيون والممارسات العلاجية في الطب الشعبي» وتم عرضه في مبحثين الأول بعنوان «المعالجون الشعبيون» وتناولنا فيه ثلاثة أنماط من المعالجين: المعالجين العاديين (غير المتخصصين) والمعالجين المهنيين (المتخصصين) والمعالجين الشعبيين وكذا أسباب اللجوء إليهم وطريقة اختيارهم ودورهم في المعالجة والتطبيب. ثم انتهينا إلي إبراز العلاقة بين المعالجين الشعبيين والأطباء الرسميين. وجاء المبحث الثاني بعنوان «الممارسات العلاجية في الطب الشعبي» وعرضنا فيه المعالجين الشعبيين في الثقافات المختلفة ثم استعرضنا بالشرح بعض الأمثلة والنماذج للممارسات العلاجية الشعبية سواء في بعض المجتمعات الغربية أو في المجتمع المصري، ثم عرضنا أخيراً فوائد ومخاطر الممارسات العلاجية للطب الشعبي.

المبحث الأول

المعالجون الشعبيون

مقدمة :

يمثل المعالجون الشعبيون أحد الفئات الهامة العاملة في مجال الرعاية الصحية داخل مجتمعاتهم، وكثيراً ما يعتمد الناس عليهم أو يلجأون إليهم طلباً للنصيحة أو العلاج والتطبيب كما يتصف علاجهم بالكلية وتعاملهم مع النواحي الجسمية والنفسية والاجتماعية.

كما لم تختف المعتقدات والممارسات الطبية الشعبية بمختلف أشكالها، ولا يزال المعالجون الشعبيون يمارسون أدوارهم في مجال التطبيب والعلاج - علي الرغم من المعارضة الشديدة للطب العلمي الحديث - مكتسبين شرعيتهم من الثقة والإجماع الشعبيين - كما لم تعد هذه المعتقدات والممارسات محصورة داخل الفئات الشعبية الأقل تعليماً كما كان ينظر إليها من قبل حيث اكتسبت فئات اجتماعية جديدة تبحث عن الشفاء والعلاج من أمراض عجز عنها الطب العلمي الحديث.

وقد تولدت أنماط المعالجين في كل مجتمع والأعمال العلاجية التي يمارسونها في هذه المجتمعات كنتيجة منطقية للتمييز بين أسباب المرض «الشخصية» و «الطبيعية» فالأسباب الشخصية ذات المستويات السببية المتعددة – التي تمتد إلي ميادين العلاقات الاجتماعية مع الناس الأحياء وأرواح الأسلاف والكائنات الروحية الأخري، والتي لا تقتصر معالجتها علي الأسباب المباشرة للمرض كأعمال السحر والشعوذة فقط بل تتعامل مع التصدعات الاجتماعية التي تثير هذه الأعمال – تتطلب نمطاً معيناً من المعالجين ذوي المهارات السحرية أو الفوق طبيعية. وذلك لأن الاهتمام الأساسي للمريض ولعائلته ليس البحث عن السبب المباشر للمرض بقدر ما هو البحث عن المسبب ولماذا؟، ولذلك فهم يهتمون في قبائل الخوسا بجنوب أفريقيا* بمعرفة من المسئول عن حدوث المرض أكثر من اهتمامهم بمعرفة كيف حدث ذلك. كما يحتاج أفراد قبائل البمبارا في مالي إلي معرفة لماذا هم مرضي وليس كيف أصبحوا مرضي، وفي الهند يعمل «البراهما» أو العراف المحلي علي استكشاف ما الذي يغضب روح السلف ولماذا؟. وعلي العكس تتطلب أسباب المرض الطبيعية – التي تحدد أعراض المرض في مستوي واحد من السببية وتتجه معالجتها نحو الجسم الفيزيقي – نمطاً آخر من المعالجين كطبيب بالمعني الكامل للكلمة ومتخصص في علاج الأعراض وله معرفة بالأعشاب المناسبة والموانع الغذائية والأشكال الأخري من العلاجات الشعبية مثل امتصاص الدم بالحجامة والتدليك والكمادات واللبخات والحقن الشرجية وما شابه ذلك[1].

وهكذا أصبحت المعتقدات والممارسات العلاجية الشعبية – والتي كان ينظر إليها علي أنها ممارسات لا عقلانية أو سحرية أو أنها ممارسات مقرونة بالشعوذة والمشعوذين – تشتمل علي أنماط حديثة من المعالجة والمعالجين مثل المعالجة بالوخز

---

* قبائل Khosaوهي قبائل تقطن (تلال جايلتيا في ولاية أسام) شرقي الهند، مصطفي شاكر سليم، القاموس الأنثروبولوجي، ص٥٢٨ .

(1) George M. Foster, "Disease Etiologies in non - Western Medical System", In: Peter J. Brown, (ED.), Understanding and Applying Medical Anthropology, Op., Cit., 1998: PP. 114-115.

بالإبر والمعالجة المثلية والمعالجة بالطاقة والمعالجة بالأعشاب الطبيعية والتداوي بالألوان والبللور وكذلك المعالجة الروحية والتي اصطلح عليها جميعاً بالثقافات الطبية الفرعية حيث تتضمن كل منها طريقة خاصة في تفسير وعلاج المرض. ومن ثم فقد أصبحت تعطي للإنسان أملاً جديداً في الشفاء من أمراض مستعصية وتقدم له صورة جديدة لمرضه وجسده وتكسبه بعداً رمزياً لوجوده كإنسان وتعطيه الحس الضروري بالأمان والبعد عن القلق(١). وكما أن هناك دراسات عديدة في أسلوب استقطاب المعالجين لأداء وظائف اجتماعية أساسية وطريقة اكتسابهم للمعرفة وكيف تظل ممارستهم للطب وضع محوري في الطب العرقي، فإن هناك أيضاً اهتمامات أنثروبولوجية طويلة الأمد لتقييم نجاح ممارسات العلاج الشعبي والتقليدي تناولت إعادة صياغات وخواطر جديدة، حيث وصف كلينمان (Kleinman)تقييم فعالية المعالجة والمعالجين علي اعتبار أنها مشكلة محورية في دراسة العلاج في الثقافات المختلفة(٢) وقد يشترك أكثر من معالج واحد في عملية العلاج. فالاهتمام الأساسي «للشامان» بما يمتلك من قوة فوق طبيعية واتصاله المباشر بعالم الروح وكذلك «الطبيب الساحر» بما يمتلك من قوة سحرية باستكشاف من سبب المرض ولماذا حدث هو نتيجة منطقية لأسباب المرض الشخصية، وقد يتوقف دورهما عند تشخيص المرض أو قد يقومان بمعالجة السبب المباشر للمرض أيضاً، وفي بعض الأحيان قد تسند مهمة العلاج لمعالج آخر أقل منهما قد يكون متخصصاً في الأعشاب، أو مثلما يدخل الشامان - بين قبائل النيما بجبال كردفان بالسودان - في غفوة لاكتشاف سبب وعلاج المرض لكنه لا يقوم بالعلاج بل يحيله إلي معالجين آخرين(٣). فالممارسات الشامانية خلال حالات الغفوة وفقدان الوعي والاتصال بعالم الأرواح وعالم ما فوق الطبيعة والتي كانت سائدة كشكل من أشكال الطب البدائي، لا تزال سارية في كثير من المجتمعات التقليدية خاصة في حالة الضعف وفقدان الأمل في الطب الحديث أو

---

(١) دافيد لوبروتون، مرجع سبق ذكره، ص١٩٠ .

(2) Arthur J. Rubel and Michael R. Hass, Op., Cit., P. 127.

(3) George M. Foster, "Disease Etiologies in non - Western Medical System", Loc., Cit.

الرغبة في الشفاء العاجل. ولذلك فإن الشامان يعد رجل الطب في هذه المجتمعات، وهو يتعلم هذه المهنة في البداية علي يد شامان أكبر وعالمه هو عالم الطبيعة النباتية والحيوانية وربما أيضاً مياه بعض الينابيع حيث تكون التفاعلات الكيميائية التي لا يدرك مكوناتها، وإن كان يدرك مفعولها بالإضافة إلي التعاويذ التي يتلوها في كلمات غامضة المعني وبحركات جسدية وتشنجات لا واعية علي دقات الطبول خلال دخوله في غفوة استحضار الروح. وهذا الوصف ليس بعيداً في الشكل عن بعض الممارسات في المجتمع المصري مثل (دق الزار) وإن كان الشامان يختلف في المضمون عن «الشيخ العراف» أو «الكودية».

وقد عاشت الشامانية واستمرت طريقة في المعالجة الشعبية آلاف السنين لأسباب كثيرة منها :-

(أ) أنها كانت وسيلة التخفيف من الأمراض التي يعتقد أن مسبباتها قوي فوق طبيعية.

(ب) أنها كانت تمثل ممارسات تطبيبية ناجحة تتفق مع الحياة الاجتماعية في المجتمعات البسيطة، وتستطيع التعامل مع الكثير من الأمراض البسيطة والمتكررة والمتشابهة.

(ج) إن المعالجة الشامانية كانت تنبني علي مستخلصات عشبية أصبحت تمثل الأدوية والعقاقير الطبية الحديثة وتدخل في تركيبها.

(د) أن الطقوس التي كان يقوم بها الشامان والمتمثلة في أصوات وأنغام غير مفهومة وإيقاعات وحركات جسدية غير واعية كانت تضفي عليه أجواء تشيع الرهبة في نفس المريض وبذلك يكتمل جانبي العلاج الجسمي والنفسي لدي المريض.

أما من الناحية الاجتماعية والأنثروبولوجية فإن الطبيب والمعالج الشعبي في صورهما المتعددة وأشكالهما المتنوعة يمثلان نمطين من المعالجين لكل منهما معرفته وممارساته العلاجية، غير أن الطبيب يستمد شرعيته من الإجازات العلمية التي تسيغ له مزاولة المهنة، بينما انغماس المعالج الشعبي داخل الجماعة البشرية والتمتع بالثقة والإجماع الشعبيين حول افتراض فعالية ممارساته العلاجية هما اللذان يضمنان

شرعيته. هذا وقد تم تجاوز التناقضات القائمة بين الطبيب والمعالج الشعبي وهو التناقض التقليدي بين الثقافة العلمية والثقافة الشعبية وبين الطب الحديث والطب الشعبي وذلك نتيجة ظهور ممارسين ومعالجين جدد تقع شرعيتهم كمعالجين في منتصف الطريق بين هذين النمطين من حيث الاعتراف الجماعي بهم لجمعهم بين الثقة والإجماع الشعبيين من ناحية وامتلاكهم شهادات علمية جامعية من ناحية أخري، كما في مجالات الوخز بالإبر والمعالجة المثلية، أو شهادات غير جامعية كما في مجالات طب العظام والمعالجة الفقارية والتدليك[1].

أولاً: أنماط المعالجين:

يعرف المعالج بأنه الشخص المعترف به من قبل الجماعة التي يعيش فيها علي اعتبار أنه شخص مؤهل لأداء عملية العلاج والتطبيب من خلال استعمال النباتات والحيوانات والمواد المعدنية ووسائل أخري معينة تعتمد علي خلفيات دينية وثقافية واجتماعية بالإضافة إلي المعرفة السائدة في المجتمع والاتجاهات والمعتقدات المتعلقة بالسلامة الاجتماعية والعقلية والجسمية وأسباب المرض والعجز في الجماعة. وهم يعرفون بأسماء مختلفة في الثقافات المختلفة، ولذلك لا يشتركون كلهم في تأدية نفس هذه الوظائف ولا يقعون كلهم داخل فئة واحدة من المعالجين. ولكن لكل منهم مجاله الخاص من الخبرة وأساليبه وطريقته الخاصة في التشخيص والتطبيب والعلاج. كما يختلفون أيضاً في أشكال وأنواع التقنيات التي يستخدمونها في التشخيص والعلاج[2].

وتحدد معظم الجماعات الاجتماعية مراتب هؤلاء المعالجون - بدءاً من الأفراد المألوفين للقيام بهذا العمل وعائلاتهم وأصدقائهم المقربين والعشابين ذوي الخبرة والمعالجين الدينيين والشامانيين ورجال الطب والذين يستشارون بسبب معرفتهم التجريبية بالجذور والنباتات ذات الخصائص الشفائية والعلاجية. وكذلك المعالجين الآخرين الذين منحوا موهبة العلاج والتطبيب بسبب وضع أو مصادفة مولدهم مثل

(١) دافيد لوبروتون، مرجع سبق ذكره، ص١٩١ .

(2) Engela Pretarius, "Traditional Healers", Chapter 18 in south African Health Review 1999, http:// www. Hst. Org. za / sahr / 99/ chap 18. htm.

الاعتقاد القائم علي أن الأطفال الذين يولدوا بعد وفاة آبائهم لديهم مثل هذه الموهبة وأن الأبناء أو البنات ذوي الترتيب السابع في الميلاد يمتلكون قدرة علاجية غير عادية ونفس الشيء ينطبق علي التوائم، وكذلك القرائن وأطفال المعالجين المعروفين يملكون مواهب مماثلة في العلاج والتطبيب(١) . كما تختلف أنماط المعالجين وفئاتهم وفقاً لاختلاف الجوانب الاجتماعية والثقافية لأنماط الرعاية الصحية المتاحة في المجتمع والتي لكل منها وسائلها وطرقها الخاصة في تشخيص وعلاج المرض وفي تعريف من المعالج ومن هو المريض وتحدد كيفية التفاعل بين المعالج والمريض خلال مرحلة العلاج. وبناء علي ذلك يمكن تحديد أنماط المعالجين في الفئات التالية:-

(أ) المعالجون العاديون (غير المتخصصين) :

وهو المجال المهني وغير المتخصص في العلاج والتطبيب داخل المجتمع، ويتضمن عدة اختيارات علاجية تعتمد علي المعالجة الذاتية أو التطبيب الذاتي دون استشارة أي من المعالجين المهنيين المتخصصين أو المعالجين الشعبيين وفيه يقدم العلاج أو النصيحة من خلال الأقارب والأصدقاء والجيران وزملاء العمل. كما يتضمن أنشطة العلاج والرعاية التعاونية في دور العبادة أو في جماعات الاعتماد علي النفس، أو استشارة شخص عامي آخر له خبرة شخصية في مرض معين أو في معالجة حالة جسمية معينة. وكما يشير شيرسمان (Chrisman)أن الموقع الحقيقي لأي رعاية صحية أولية في أي مجتمع هو العائلة، حيث تعد الأمهات والجدات هن أهم المعالجات في العائلة ويقبلن علي تشخيص الأمراض الشائعة وعلاجها بالمواد المتاحة التي لديهن. ويقدر كلينمان (Kleinman)أن حوالي من ٧٠ - ٩٠ ٪ من العمليات العلاجية تتم بواسطة هذا النمط من المعالجين سواء في المجتمعات الغربية وغير الغربية حيث يتبع المرضي التسلسل الهرمي للوسيلة العلاجية من التطبيب الذاتي إلي استشارة الآخرين، ويعتمد التطبيب الغربي علي معتقدات طبية حول بناء

(1) Hand W., Loc., Cit.

ووظيفة الجسد ونشأة وطبيعة المرض كما يحتوي تنويعه من المواد مثل الأدوية والعلاجات الشعبية التقليدية والأفكار التقليدية الخرافية (حكايات العجائز) وكذلك تغيير السلوك الغذائي. كما يتضمن أيضاً مجموعة من المعتقدات حول المحافظة علي الصحة والتي تتمثل في مجموعة من الإرشادات التي تميز كل جماعة ثقافية بالسلوك الصحيح للوقاية من المرض سواء للشخص المريض أو للآخرين، وكذلك المعتقدات حول الأسلوب الصحي العام في الطعام والشراب والنوم والملابس والعمل والعبادة وكيفية تدبر المرء لحياته بصفة عامة، أو استخدام السحر والتعويذات والتمائم الدينية لإبعاد الحظ السيئ والأمراض غير المتوقعة واجتذاب الحظ الحسن والصحة الجيدة. ويتضح من ذلك أن كلاً من المعالج والمريض يرتبطان ببعضهما البعض من خلال علاقات القرابة والصداقة والسكن أو العضوية في المنظمات الدينية أو الزمالة في العمل، وبما يعني أنهما يشتركان في افتراضات متشابهة حول الصحة والمرض ونادراً ما يحدث سوء فهم بينهما[1]. ويعمل المعالجون في هذا النمط داخل نسق من العلاقات العلاجية غير الرسمية وفترات متقلبة تحدث داخل الشبكة الاجتماعية الخاصة بالمريض وعائلته، وبدون قواعد ثابتة تحكم السلوك والزمان والمكان، حيث قد تظهر هذه القواعد مقلوبة في التاريخ التالي ويصبح مريض اليوم هو معالج الغد. ومع ذلك هناك أشخاص محدودون يعتقد أنهم يميلون للعمل معالجين في هذا النسق أكثر من غيرهم ويعدون مصدراً للنصيحة والمساعدة بالنسبة للمسائل الصحية بواسطة أصدقائهم وعائلاتهم. وأن شهادات اعتمادهم معالجين هي خبراتهم الشخصية في المقام الأول وليس التعليم بالإضافة إلي مكانتهم الاجتماعية أو طاقاتهم الغامضة، وهؤلاء الأشخاص هم :-

(أ) الذين لهم خبرة طويلة بأمراض معينة أو بنوع معين من العلاج.

(ب) الذين لهم خبرة بوقائع معينة في الحياة مثل النساء اللائي يقمن بتربية عديد من الأطفال.

---

(1) Cecil Heleman, Culture, Health and Illness, Op., Cit., PP. 43-44.

(جـ) أصحاب المهن الطبية الوسيطة (مثل الممرضات والصيادلة أو موظفي الاستقبال بعيادات الأطباء) والذين يستشارون بشكل غير رسمي في المشكلات الصحية.

(د) زوجات وأزواج الأطباء الذين يشاركون أزواجهم وزوجاتهم في بعض الخبرة.

(هـ) أخصائيو العناية بالأقدام والحلاقون وأصحاب الوظائف العامة الذين يتعاملون مع الجمهور بصفة مستمرة.

(و) الأعضاء المعالجون في دور العبادة.

كما يمكن للمرأة التي حملت مرات عديدة أن تعطي النصيحة للنساء الحديثات في الحمل وتعريفهن بالأعراض المتوقعة وطريقة التعامل معها. وكذلك الشخص المريض الذي لديه خبرة طويلة بعلاج معين يمكن أن يساعد بعض أصدقائه ذوي الأعراض المتشابهة[١].

(ب) المعالجون المهنيون (المتخصصون) :

ويشمل هذا النمط المعالجين الذين أجيز لهم ممارسة مهنة الطب وينتظمون داخل منظمات مهنية مثل الأطباء المتخصصين والمهن الطبية المساعدة كالممرضات والقابلات وأخصائى العلاج الطبيعي، حيث يكون الطب العلمي الحديث هو النسق الرسمي لهؤلاء المعالجين. غير أنه - وكما يشير كلينمان (Kleinman)أنه قد يتم إضفاء الطابع المهني القانوني علي بعض النظم الطبية التقليدية مثل كليات طب العلاج بالأعشاب وكليات طب العلاج باليوجا في الهند[٢]. ويشكل المعالجون الممارسون لمهنة الطب العلمي الحديث مجموعة واحدة من المعالجين ذوي المراكز والوظائف المؤيدة بموجب القانون، ويتمتعون بمكانة اجتماعية أعلي ودخل أكبر وحقوق والتزامات محددة بشكل أكثر وضوحاً من الأنماط الأخري من المعالجين، فهم

---

(1) Ibid, P. 45.

(2) Ibid, P. 50.

يملكون حق سؤال وفحص مرضاهم ووصف الدواء الفعال لهم والتطبيب والمعالجات الخطيرة في بعض الأحيان. كما يملكون تجريد أشخاص معينين من حرياتهم – احتجازهم بالمستشفي – إذا تم تشخيص مرضهم كمرض عقلي أو مرض معد. كما أنهم يستطيعون التحكم التام في مرضاهم من حيث أنماط التغذية والسلوك والنوم والمداواة، والمبادرة بإجراء مجموعة من الاختبارات من العينات المجهرية وفحص الأنسجة والأشعة وفصد الأوردة. كما يمكنهم أيضاً تصنيف المرضي إلي مرضي مصابين بالاعتلال أو بمرض مزمن أو بمرض عصبي أو بالتمارض أو بالشفاء التام. وقد يتعارض هذا التصنيف مع وجهة نظر المريض نظراً لما له من تأثيرات هامة سواء اجتماعية تؤكد دخول الشخص المريض في دور المريض، واقتصادية تؤثر علي مدفوعات التأمين الصحي والضمان الاجتماعي للمرضي.

ويمارس هؤلاء المعالجون الطب داخل جماعة مستقلة – لها جوانب اجتماعية ثقافية – تبعاً لقيمها ومفاهيمها ونظرياتها الخاصة عن المرض وقواعد السلوك، وينتظمون داخل ترتيب من الوظائف العلاجية، وتعد هذه الجماعة جماعة مهنية طبقاً لتعريف فوستر وأندرسون (Foster and Anderson)حيث يرتكزون علي وينتظمون حول مجموعة من المعرفة المتخصصة التي لا تكتسب بسهولة، وتحت إشراف مهنيين مؤهلين وتتلاقي مع احتياجات المريض أو تخدمه. كما أن لها أيضاً منظمات جامعية ذات مفاهيم متماثلة والتي تحافظ علي مجال خبرتهم وترفع من اهتماماتهم المشتركة كما تحافظ علي احتكارهم للمعرفة الطبية ووضع الشروط المؤهلة لمزاولة المهنة (مثل إصدار التراخيص للأطباء الجدد) وحمايتهم من تدخل ومنافسة الدخلاء ورصد مستوي وكفاءة وأخلاق أعضائها[1]. وعلي الرغم من التساوي في المفهوم بين هؤلاء المعالجين فإنهم يرتبون داخل مراتب من المعرفة والسلطة مثل الأساتذة والاستشاريون وعيادات الأطباء. والادني منهم المهنيون المساعدون مثل الحكيمات والمولدات وإخصائى العلاج الطبيعي ومحترفي المهن العلاجية والعاملين في مجال الاجتماع الطبي. وكل جماعة طبية مساعدة لها قوامها الخاص من المعرفة وعملائها

(1) Idem.

ومنظماتها الجامعية وتعمل في مجال من الاختصاص ولكن بدرجة أقل في السلطة من الأطباء. كما ينقسم الأطباء أنفسهم داخل مهن متخصصة فرعية في هيكل المهن الطبية مثل الجراحون. وأطباء الأطفال وأطباء أمراض النساء. ولكل منهم وجهة نظرهم الخاصة بالنسبة للمرض ومجالهم الخاص من المعرفة[1].

(جـ) المعالجون الشعبيون :

ويمثل هؤلاء المعالجون قطاعاً عريضاً في مجال العلاج والتطبيب وخاصة في المجتمعات غير الغربية، وهم إما أن يكونوا من رجال الدين أو عاميين أو خليط بين الاثنين، وهم ليسوا جزءاً من النسق الطبي الرسمي ويحتلون موقعاً وسطاً بين النمط الأول (المعالجون العاديون) والنمط الثاني (المعالجون المتخصصون). وهناك فوارق واسعة بين أنواع وفئات المعالجين الشعبيين الموجودين في أي مجتمع بدءاً من المعالجين العاميين والخبراء الفنيين مثل مجبري العظام والمولدات والمتخصصين في خلع الأسنان والضروس والمعالجين بالأعشاب إلي المعالجين الروحانيين والمستبصرين*والشامانية**.

وتتضمن معظم الجماعات خليطاً من المعالجين الشعبيين العاميين والدينيين، فقد وصفت إسنوي (Snow)في دراستها عن المعالجين الشعبيين السود في مدن أمريكا الذين يتعاملون بصفة خاصة مع الأمراض التي يعتقد أنها ناجمة عن السحر (الشعوذة والتمائم) أو بسبب العقوبات الإلهية وهم: أطباء الأعشاب وأطباء الجذور والروحانيين ومستحضري الأرواح من الرجال والنساء والفودو والمعالجين الدينيين والنبوئيين

---

(1)Idem.

*وهم المعالجون المتنبئون الذين لديهم قدرة علي إدراك ورؤية كل ما هو واقع خارج نطاق البصر.

**يقصد بهم الطبيب أو الكاهن أو العراف بين قبائل سيبريا والهنود الأمريكيين، والإسكيمو ولهم إتصال بالقوي فوق الطبيعية عن طريق تلبس الأرواح في المجتمعات البدائية وتعتقد الشعوب التي تؤمن بالشامانيين أن لهم القدرة علي شفاء الأمراض وإنزال الأذي بالناس بتوجهات من الروح التي تتلبسهم، ويمارسون طقوساً كالنقر علي الطبول والرقص والغناء الهستيري وإحاطة أنفسهم بأجواء غامضة تضفي الرهبة عليهم وتثير الخوف منهم (القاموس الأنثروبولوجي، شاكر سليم، جامعة الكويت، ١٩٨١، ص٨٦٩ .

والمولدات وبائعي الأعشاب السحرية والجذور والأدوية المسجلة والمعالجين الروحانيين الذين يعملون خارج الأماكن الدينية(١). كما يشترك معظم المعالجين الشعبيين في القيم الثقافية الأساسية للمجتمعات التي يعيشون فيها وفي رؤيتها للعالم والتي تتضمن نشأة وأهمية معالجة المرض. كما يعد المعالجون الدينيون أكثر شيوعاً في المجتمعات التي تلقي بمسئولية المرض والأشكال الأخري من الحظ السيئ والمحن علي الأسباب الاجتماعية مثل أعمال السحر والشعوذة والعين الشريرة أو علي الأسباب فوق الطبيعية مثل الآلهة والأرواح وأشباح الأسلاف والأجداد. كما يكون مدخلهم في العلاج هو المدخل الكلي لعلاج كل جوانب حياة المريض التي تشمل علاقته بالناس الآخرين وبالبيئة الطبيعية وبالقوي فوق الطبيعية بالإضافة إلي أي أعراض جسمية أو وجدانية. كما تعد كل هذه الجوانب في كثير من المجتمعات اللا غربية جزءاً من تعريف الصحة التي ينظر إليها علي أساس أنها توازن بين الشخص والمجتمع الذي يعيش فيه والبيئة الطبيعية وفوق الطبيعية، وأن أي اضطراب في أي من هذه الجوانب مثل السلوك اللا أخلاقي والصراعات داخل العائلة أو القصور في القيام بالشعائر والممارسات الدينية يفضي إلي أعراض جسمية أو محنة وجدانية تحتاج إلي مساعدة المعالج الشعبي الديني(٢).

ثانياً : أسباب اللجوء للمعالجين الشعبيين:

لا يُنظر إلي الطب الحديث في كثير من المجتمعات علي أنه أفضل من العلاج الشعبي وذلك لأسباب كثيرة وعديدة منها ما يرتبط بالمعتقدات الثقافية لأفراد هذه المجتمعات أو لظروف هذه المجتمعات ذاتها من حيث قربها أو بعدها عن مصادر الخدمة الطبية الحديثة. فكلما كان الناس الذين يعيشون في مجتمع تقليدي فقير وأكثر بعداً عن مصادر الخدمة الطبية الحديثة كلما تضاءلت فرصتهم في الحصول علي الرعاية الطبية الحديثة.

---

(1) Snow L. F, "Sorcerers, Saints and Charlatains: black healers in urbon America", Cult. Med. Psuchiatry, 2, 1978: P. 69.

(2) Cecil Heleman, 'Culture, Health and Illness", Op., Cit., P. 47.

وأهم هذه الأسباب هي :

(١) إن إمكانية وصول الناس إلي أماكن الخدمة الطبية الحديثة في بعض المجتمعات تعد إمكانية ضئيلة جداً، علي الرغم من أن التحصينات والمضادات الحيوية أخذت طريقها إلي النظم الأهلية، وذلك بسبب ارتفاع تكلفة الطب الحديث عن الطب الشعبي بالإضافة إلي أن بعد المسافة عن مصادره تمثل عائقاً آخر في الوصول إليه، ومن ثم فلا ينظر إلي الطب العلمي الحديث علي أنه أفضل من العلاج الشعبي[١].

(٢) أن المعالجين الشعبيين مثل المولدات ومجبري العظام والمعالجين بالأعشاب الطبيعية وغيرهم من المعالجين التقليديين يقدمون معظم أو كل أوجه الرعاية الصحية، بمعني أن الناس لن يبحثون عن الخدمة الطبية الحديثة إلا إذا عجز هؤلاء المعالجون عن معرفة المرض وأسبابه حيث ستكون حينئذ هي الملاذ الوحيد أمامهم[٢].

(٣) حساسية الرعاية الصحية للاختلافات الثقافية بين الناس، وسيطرة الاعتقاد بأن بعض أنماط المرض قد تكون غير قابلة للعلاج بواسطة الطب الحيوي الحديث، وحيث تكون هذه المعتقدات أكثر شيوعاً في الدول النامية علي الرغم من أن هناك معالجين شعبيين يزاولون أعمالهم وسط كثير من الجماعات العرقية والأقلية في المجتمعات الغربية[٣].

كما يتم اللجوء إلي المعالجين الشعبيين أيضاً حينما يلقي بمسئولية المرض والأشكال الأخري من المصائب والحظ السيئ والمحن علي أسباب اجتماعية مثل

---

(1) Nora Ellen, Mary Elizabeth, "Commentary - Traditional Healers and Global Surveillance Strategies for Emerging Diseases: Closing the Gap", Emerging Infectious Diseases V.2, N. 4. 1996- http:// www. cdc. gov/ ncidod/ EID/ v2 n4/ groce.htm. 17/6/2000.

(2) Idem.

(3) Pillsbury B., "Policy and Evaluation Perspectives on Traditional Health Practitioners in National Health Care Systems", Soc. Sci & Med. 16, 1982: P. 1825.

السحر والشعوذة والعين الشريرة أو علي أسباب فوق الطبيعية مثل الآلهة والأرواح وأرواح الأسلاف والأجداد. حيث يكون المعالجون الشعبيون الدينيون في هذه المجتمعات أكثر شيوعاً وعادة ما يكون مدخلهم هو المدخل الكلي للتعامل مع كل الجوانب في حياة المريض والتي تتضمن علاقاته بالناس الآخرين وبالبيئة الطبيعية وبالقوي فوق الطبيعية بالإضافة إلي أعراض جسمية أو وجدانية. كما أن اتساع الهوة بين المريض والطبيب الأكاديمي وابتعاد الطب العلمي الحديث عن معطيات الأنثروبولوجيا البدائية ونسيانه أن الإنسان كائن له علاقاته ورموزه وأن المريض ليس مجرد جسد أو وظيفة أو عضو مريض ينبغي علاجه أدي إلي تدفق المرضي نحو المعالجين والمطببين الشعبيين. فالجسد بناء اجتماعي وثقافي مرتبط بالرمزية الاجتماعية التي تضفي علي العالم طابعه الإنساني - مع أنه قد يحدث العكس ويزيد اللجوء إلي الأطباء الأكاديميين في مجتمعات العالم الثالث بعد فشل المطببين الشعبيين في علاجهم. وهنا يحدث تغيير في دور الطبيب بحيث لم تعد شرعية ممارسته للمهنة تخضع لامتلاكه شهادة علمية بقدر ما أصبحت تخضع للنجاحات التي تتجلي للجماعة والتي تضفي طابعاً شخصياً علي علاقته بالمرضي وهنا ينظر إليه علي غرار الطبيب أو المعالج الشعبي[1]. كما استمر الاعتماد علي المعالجين الشعبيين حتي الآن في المناطق والأقاليم التي تأثرت بشكل كبير بالتطور الحديث، حيث كانت هذه المناطق غير مأهولة بالسكان ثم انجذبت إلي الاقتصاد العالمي مع توقع دخول أمراض معدية جديدة إليها بسبب تزايد السكان والاحتكاك بالأمراض المعدية. وهنا يكون المعالجون الشعبيون في هذه المناطق في وضع فريد للتعرف علي هذه الأمراض الجديدة أو التي سوف تظهر مرة ثانية لأنهم - بغض النظر عن تخصصهم - سينظر إليهم أنهم:

أ- علي علم بالمرض المحلي بشكل شائع.

ب- علي وعي بتزايد أو عدم تزايد حدوث هذا المرض في مجتمعهم.

ج- في عداد أول عين تري حالات المرض الجديد.

---

(١) دافيد لوبروتون، مرجع سبق ذكره ص ١٨٣، ١٩٣ .

د- علي علم بتواتر المرض الذي لا يري في وقت معين(١).

وهكذا فإن اللجوء إلي المعالجين الشعبيين يعبر عن انبثاق قيم جديدة تنظم أشكال الحياة الاجتماعية، وينبني علي أسس منطقية اجتماعية وثقافية. فالطب الشعبي لم يتراجع بالرغم من مواجهته بمعارضة شديدة من الأطباء والأكاديميين الذين اصطدموا بالطبقات الشعبية وحاربوا تقاليدها ومعالجيها لكي يضمنوا احتكار الحق في معالجة الناس وكان منطقهم في ذلك الاعتماد علي براعتهم في الاشفاء والمعالجة وليس علي قدرتهم علي فرض أنفسهم اجتماعياً. كما أن الخلط بين المشعوذين والمعالجين هو الذي مكن الطب الحيوي من توسيع اتهاماته لكافة أشكال الطب الشعبي لتشمل كل المطببين والمعالجين التقليديين الذين لا ينتمون إليه بحكم تكوينهم وشرعيتهم وخاصة أن هؤلاء الذين وصفهم بالشعوذة كانوا في البداية بائعين جوالين يجوبون القري ليبيعوا جرعات من الأدوية وكانوا يعرفون كيف يروجون لها. غير أن المطببين والمعالجين الشعبيين لا ينتمون إلي هذه الفئة من المشعوذين، فهم معالجون مندرجون في مجال اجتماعي وثقافي بشكل قوي ولهم سمعتهم العلاجية بين أهلهم وجيرانهم نتيجة لما حققوه من فعالية في الممارسات العلاجية والتأكيد عليها وبحيث اكتسبوا شرعيتهم كمطببين ومعالجين شعبيين نتيجة للإيمان والإجماع الشعبي وليس بسبب الطابع العلمي الذي لا تأثير له هنا(٢) وعلي الرغم من أن هناك بعض مواطن الضعف والخطورة بالنسبة للمعالجين الشعبيين، فقد قدم الطب الشعبي مزايا للمريض وخاصة في التعامل مع المشكلات النفسية والاجتماعية، بالإضافة إلي المزايا الأخري التي اعترفت بها منظمة الصحة العالمية بالنسبة للمطببين والمعالجين الشعبيين في العالم الثالث حيث أوصت هذه المنظمة في عام ١٩٧٨ بدمج العلاج التقليدي مع الطب الحديث كلما أمكن ذلك وأكدت علي ضرورة ضمان الاحترام والفهم والتعاون بين ممارسي مختلف النظم الطبية المعنية، وتأمل المنظمة في جذب مصادر الطاقة البشرية لقطاع الطب الشعبي (المعالجون) مثل: المولدات والإيورفيدا الهندية

(1) Nora Ellen, Mary Elizabeth, Loc., Cit.,

(٢) دافيد لوبروتون، مرجع سبق ذكره، ص ص ١٧٤، ١٧٦ .

وممارسي المعالجة باليوجا والمعالجين الصينيين التقليديين مثل إخصائى العلاج بالإبر الصينية ومصادر أخري متنوعة[١] ومع ذلك فإن دخول المعالجين الشعبيين في نظام عالمي لا يعني أن العلماء والأطباء يجب أن يوافقوا علي تفسيراتهم المحلية لأسباب وعلاج الأمراض المعدية ولا يعني أيضاً أنها تحتاج لموافقة هؤلاء المعالجين علي الافتراضات الحديثة عن أسباب وجود وعلاج هذه الأمراض[٢].

وعلي ذلك فإن ما يوفره العلاج الشعبي للمنتفعين به من مزايا تفوق ما يقدمه الطب العلمي الحديث تفسر أسباب اللجوء للمعالجين الشعبيين. ويمكن إيجاز هذه المزايا فيما يلي:-

(١) التداخل الدائم لعائلة المريض في عملية التشخيص والعلاج، حيث يلقي بمسئولية مرض الشخص في العلاج الأهلي الأمريكي علي كل من المريض وعائلته للاشتراك في طقوس العلاج. وهنا لا يكون المريض هو مركز الاهتمام الوحيد كما في الطب الحديث ولكن استجابة العائلة والآخرين للمرض تحظي أيضاً بنفس الاهتمام كما يكون المعالج نفسه محاطاً بالمساعدين الذين يشاركون في هذه الطقوس العلاجية ويقدمون التفسيرات للمريض وعائلته والإجابة علي تساؤلاتهم[٣].

(٢) الألفة بين المعالج والمريض ومشاركته في رؤية العالم والحميمية واستخدام اللغة اليومية العامية في الاستشارات. حيث يقوم هذا النمط من المعالجين الشعبيين وهو الـ H' Iloiفي زيناكانتان بالمكسيك بالتأثير في المجتمع بشكل عام وخاصة العلاقات الاجتماعية للمريض بذكر تأثير أفعاله الماضية علي مرضه الحالي، ويقوم بعلاجه في جلسة عائلية كالمنزل أو الأضرحة الدينية. ونظراً لأن هذا النمط من المعالجين يتلفظون بشكل واضح ويؤكدون القيم الثقافية للجماعات التي يعيشون فيها فإن مزاياهم تفوق مزايا الأطباء الأكاديميين الذين ينفصلون عن مرضاهم بسبب الطبقة الاجتماعية والوضع الاقتصادي والتعليم المتخصص وأحياناً الخلفية الاجتماعية. وعلي ذلك فإن المعالجين

(1) Cecil Health, "Culture, Health and Illness", Op., Cit., P. 50.

(2) Nora Ellen, Mary Elizabeth, Loc., Cit.

(3) Martin M., "Native American Healers: Thoughts for Posttradltional Healers", JAMA, 1981:245 pp. 141-143.

الشعبيين لديهم قدرة أفضل علي التعرف علي المرض وعلاجه بمعني التعرف علي الأبعاد الاجتماعية والأخلاقية والسيكولوجية المرتبطة بالمرض مثل الأشكال الأخري من المحن وسوء الطالع. كما أنهم يقدمون الأساليب المألوفة ثقافياً لتفسير أسباب وتوقيت المرض وعلاقته بالكائنات الاجتماعية وفوق الطبيعية(١).

ثالثاً : اختيار المعالجين الشعبيين :

تلعب المعتقدات والممارسات الثقافية والاجتماعية دوراً هاماً في الجوانب المرتبطة بالصحة والمرض وفي تمييز المريض لمرضه وفي اختياره للشخص الذي سيقوم بعلاجه. فالأنساق المعرفية للمرض هي نتيجة لطبيعة المكونات الثقافية لدي الناس ومن ثم تتلائم المعرفة والمعتقدات الثقافية المرتبطة بالصحة والمرض مع عضوية الفرد في الجماعة الثقافية. كما تتضمن الأنساق العلاجية تحديد أدوار الأشخاص القائمين علي تحقيق الصحة وما تتطلبه من أعمال علاجية، وكذلك التعرف علي الطريقة التى تقوم بها المجتمعات في اختيار المعالجين الشعبيين داخل أنساقها الصحية(٢)، وكذلك الأسس التي يقوم عليها هذا الاختيار، سواء ما حققه هؤلاء المعالجون في مجال التطبيب والعلاج أو ما اكتسبوه من خبرة علاجية من خلال التدريب والدراسة أو تميزهم في القيام بأفعال القوي فوق الطبيعية. وكذلك قدرتهم علي فهم مشكلات المريض من خلال مضمون موقعهم الثقافي والاجتماعي.

ومنذ البداية الأولي لعلم الأنثروبولوجيا وهناك اهتمام ملحوظ في عملية استقطاب وتوظيف وتدريب المعالجين الشعبيين وبهويتهم الشخصية في المجتمعات المختلفة. وسواء أكان دور هؤلاء المعالجون مكتسباً بالوراثة أم بالتعليم فإنهم عادة ما يكتسبون المهارات العلاجية بالتدريب علي يد معالجين قدامي أو بالخبرة بتقنيات أو حالات مرضية معينة، أو بالقدرة العلاجية المكتسبة بالميراث أو بالتعلم. وبصفة عامة يستطيع الناس أن يصبحوا معالجين شعبيين من خلال عدة أساليب(٣) :-

(1) Fabrega H. and Silrer D., Op., Cit., PP. 218-223.

(٢) محمد حسن غامري، مرجع سبق ذكره، ص ١٨٩-١٩٠ .

(3) Cecil Health, "Culture, Health and Illness", Op., Cit., PP. 48-49.

(١) بالميراث لكون الشخص مولوداً في أسرة متخصصة في أعمال التطبيب والعلاج.

(٢) من خلال موقعه داخل أسرته كأن يكون ابن سابع لابن سابع في الأسرة.

(٣) بواسطة علامات وتباشير معينة تظهر عند مولده مثل: وجود وحمة علي الجسد، أو الصياح والصراخ وهو داخل الرحم، أو لكونه مولوداً بغشاء أمينوتي حول الوجه (قلنسوة).

(٤) بالإلهام – من خلال الإفشاء عن أمور غيبية كأن يكشف المرء عن موهبته التي قد تظهر في شكل شعور وجداني قوي أثناء المرض والأحلام والغفوة وفي الحالات القصوي كما يشير لويس - (Lewis)أن شعور المرء بأنه مدعو للقيام بعمل (الموهبة) قد يعلن عنها بواسطة حالة مبدئية من الشعور اللا إرادي – شعور الصدمة المرتبط بالسلوك الصوفي والهستيري.

(٥) بالتدرب المهني علي يد معالج آخر – وهو نموذج شائع في كل أنحاء العالم– مع الأخذ في الاعتبار أن التدريب قد يستمر سنيناً طويلة.

(٦) باكتساب مهارة خاصة يمتلكها المرء مثل الـ (Sahi)المعالج اليمني أو أطباء الأدغال الكينيين.

وقد تتداخل هذه الأساليب وتتشابك معاً في التطبيق العملي، حيث قد يولد شخص في عائلة تمتهن المعالجة والتطبيب الشعبي، بعلامات وتباشير معينة عند الميلاد، ويتدرب لفترة طويلة علي يد معالج أقدم لصقل موهبته. كما يمكن أيضاً اختيار هؤلاء المعالجين بطرق كثيرة ومتعددة، إحدي هذه الطرق الشائعة هي طريقة الاختيار الإلهي التي تتم بأكثر من صورة. تتمثل الصورة الأولي للمعالج أن يري الشخص رؤية «مناماً» يشار إليه فيه أنه سوف يُعهد إليه بمسئوليات العلاج أو التطبيب (الشامان)، ولكي يصير الشخص شامانا يجب أن تزوره الأرواح أثناء سيره بمفرده وعندما تتم له الزيارة يذهب إلي شامان أكبر منه سناً ومعترف به يطلب منه النصيحة ثم يقوم بعد ذلك بممارسة عدد من الممارسات الدينية تحت توجيه الشامان الأكبر، وعندما يكبر الشامان في العمر فإنه ينقل خبرته إلي أقربائه أو أصدقائه

الأصغر سناً[١]. وهناك صورة ثانية للاختيار الإلهي وهي الالتزام السلوكي الشخصي الذي يلتزم بموجبه الشخص بقبول مسئولية شفاء وتطبيب الآخرين في مقابل شفاؤه هو من مرض مزمن أو مرض يهدد حياته. وهناك اعتقاد شائع في هذه المجتمعات أن الشخص المختار الذي يعجز عن أن يكون معالجاً سوف يتعرض لعقوبة إلهية تشمل الإصابة بمرض خطير أو الموت. وعلي العكس في مجتمعات أخري كبيرة يعين الشخص الذي يتطلع إلي امتهان العلاج كممارس أو كمزاول للمهنة وعليه أن يتعلم من خلال توجيهات وملاحظة تصرفات الرئيس الذي يتبعه. وعادة ما يجبر المتدرب في هذه الحالات علي مساعدة المعالج الأكبر وأسرته، وأحياناً يبحث المعالج المبتدئ عن معالج مشهور لتعليمه مقابل أجر يدفعه له. كما يوجد في بعض المجتمعات الأخري أفراداً يرغبون في القيام بمهنة المعالجين ولديهم الثقة بالنفس بالقدر الضروري لممارسة هذا العمل المحفوف بالمخاطر[٢] وهناك خلافات هامة وكثيرة بين طريقة الاختيار الإلهي للمعالجين وطريقة التدريب العرفي من خلال وسائل التدرب المهني علي العلاج. فهؤلاء الذين تم اختيارهم آلهياً ليصبحوا معالجين أو الذين تم اختيارهم للتعلم بسبب مركزهم ووضعهم يعدون أقل خضوعاً للسيطرة الاجتماعية من هؤلاء الذين يجتازون برامج التدرب المهني أو أي برنامج عرفي آخر – وباعتبار أن وسائل العلاج التقليدي غالباً ما تنطوي علي سيطرة شديدة علي القوي فوق الطبيعية فالأمر المخيف هنا هو أن هؤلاء المعالجين الذين يكسبون هذه السيطرة بواسطة جهود غير معطاه بشكل علني وغير خاضعة للمراقبة قد يستخدمون هذه القوي الكامنة في أغراض غير مفيدة وغير اجتماعية مثل السحر والشعوذة[٣].

رابعاً: دور المعالجين الشعبين :

لم يقتصر دور المعالجين الشعبيين في المجتمعات القديمة علي القيام بأعمال المعالجة والتطبيب فقط ,وإنما أمتد ليشمل أدواراً أخري اجتماعية ودينية. فقد ارتبطت

---

(١) محمد حسن غامري، مرجع سبق ذكره، ص ,١٩٠

(2) Arthur J. Rubel and Michael R. Hass, Op., Cit., P. 125.

(3) Idem.

صحة الإنسان وأسباب الأمراض ونشأتها في هذه المجتمعات بجوانب خرافية تنسب المرض إلي الأرواح الشريرة أو غضب الآلهة ولذلك كان السحرة هم الذين يقومون بأدوار العلاج وشفاء المرض ثم أصبح الكهنة هم الذين يزاولون هذا الدور وصارت مهمة العلاج والشفاء حكراً عليهم.

ونظراً لما كان لهؤلاء الكهنة من مكانة اجتماعية مميزة - فقد كانوا يخضعون لاعتبارات خاصة كقوة الشخصية وتوقيت زمن الميلاد فلكياً بوقت محدد ,أو بروز بعض الخوارق لديهم كما كانوا يخضعون بعد ذلك لبعض الطقوس التربوية الخاصة كتحريم كشف الوجه[1] . وكذلك الأمر في بعض المجتمعات التقليدية والمعاصرة عادة ما يتمتع ممارسوا العلاج الشعبي بالخوارق ويمتلكون سر ممارسة السحر ,فالمعالجون بدق الزار والأطباء الروحانيون والمعالجون بكتابة التمائم والعزائم ليسوا سوي أناس ممارسين لنوع من أنواع الطقوس السحرية.

ومن ثم فإن أهم ما ينبغي الاهتمام به بالنسبة لدور المعالجين الشعبين هو تخصصهم في مهنة العلاج والتطبيب ,والتدرب واكتساب الخبرة والمعرفة واعتقاد الناس في قدراتهم العلاجية ومكانتهم الاجتماعية والمقابل المادي الذي يتقاضونه مقابل قيامهم بعملية التطبيب والشفاء.

(١) التخصص في مهنة العلاج والتطبيب:

إن ظاهرة التخصص بين المعالجين الشعبين ليست نتيجة دراسة متخصصة أو أي نوع من التدريب المتخصص بقدر ما هي نتيجة شهرة تحققت بشكل تدريجي لبعض هؤلاء المعالجين بسبب تكنيك علاجي معين تخصصوا فيه أو براعة ومهارة في علاج مرض معين كما قد ترجع إلي وراثة اسم الأب الذي كان يوماً شهيراً في ميدان معين ثم انتقل التخصص والشهرة إلي الابن وهنا قد لا يميز المريض أو أسرته بين الأب والابن - فقد ظل اسم أحد المجبراتيه المشهورين من مصر هو «برسوم» في حين تعاقب عدة أجيال من صلب برسوم الجد جدهم الأولاني وهو أمر بديهي في

---

(١) عبد الله معمر، مرجع سبق ذكره، ص ٢٧ - ١٥٢ .

توريث الشهرة ومع جمهور لا يدقق في التفاصيل لتعذر الحصول عليها. كما قد يلجأ الطبيب الشعبي المتخصص إلي الاستعانة ببعض المساعدين نظراً لما تفرضه طبيعة العمل أو ضرورة الظهور بمظهر الأبهة والرغبة في التأثير في جمهور المرضي كما هو ثابت في وصف «كلوت بك» في استخدام بعض حلاقي الصحة مساعدين في عمليات العيون وفي عمليات التجبير.... الخ[١]. أما المعالجون الآخرون مثل الشامان فهم قادرون علي الاتصال بعالم الروح والمساعدة في عملية العلاج. حيث يعتقد وسط جماعات معينة من الإسكيمو أن الشامان يتلبس ومتلبس بروح شيطانية ,ومن خلال هذه العملية يعترف أولاً بالشخص كمعالج (شامان) ولهذا السبب أيضاً يعد الشامان الشخص المبحوث عنه وأيضاً الشخص الذي يجب الاحتراس منه. ونظراً لأن المرض في هذه المجتمعات ينتج بسبب اقتراف أفعال غير مقبولة اجتماعياً بمعني أنه شكل من أشكال العقوبة ,فإن الجماعة تستدعي هذا الشامان حين حدوث المرض لإعادة التوازن الاجتماعي. وتكون بداية العلاج جلسة استحضار الروح التي تجعل الشامان علي صلة بعالم الأرواح ثم يلجأ إلي استخدام الطبلة والأناشيد وعند النقطة التي يشتد عندها الإيقاع والانهماك الجنوني فإنه ينحدر تدريجياً في سكون يشبه الغفوة وهنا يمكن أن يسمع المشاهدون أصوات الأرواح التي تصدر في عواء كلب. وخلال فترة الغفوة التي قد تستغرق ساعات يعتقد خلالها أن الشامان قد فقد الذاكرة كما أن حالة تلبس الروح هنا بمثابة علامة علي قدراته العلاجية ويتم خلالها تشخيص المريض ووصف العلاج. وأن حدوث العلاج هو نتيجة استعادة التوازن الديني والبيئي[٢].

كما تحدث أشكال أخري من الطقوس في حضور عائلة المريض وأصدقائه والآخرين المتصلين به اجتماعياً. ويهدف الشامان في هذه الجلسة العلنية إلي إظهار الصراعات داخل الجماعة التي أدت إلي السحر والشعوذة ثم حل هذه الصراعات بطريقة طقوسية. كما يقدم المعالجون الدينيون كذلك التفسيرات والمداواة للشعور الذاتي بالذنب والعار والغضب من خلال وصف العلاج مثل الصلاة والتضرع والتوبة

(١) محمد الجوهري، علم الفولكلور- دراسة المعتقدات الشعبية، الجزء الثاني ,مرجع سبق ذكره ,ص ٥٢٠ .

(2) Lorna G. Noore, ed., al., op., cit., p. 200.

والندم أو حل مشاكل العلاقات الشخصية(١).

(٢) التدريب واكتساب الخبرة والمعرفة:

يشكل المعالجون الشعبيون جماعة مختلفة الخواص ذات فوارق فردية كثيرة في أسلوب التعبير وفي وجهات النظر والاستشراف. كما ينتظمون في بعض الأحيان في جمعيات للمعالجين تبعاً لنظم الاشتراك فيها ووفقاً لقواعد التعامل والمشاركة في المعلومات. وفي بعض الأحيان يحصل المعالجون الشعبيون علي تدريب رسمي ضئيل ويكتسبون المهارات من خلال التدريب بواسطة المعالجين القدامي أو من خلال الخبرة بتقنيات أو حالات مرضية معينة تعرضوا لها سواء بالإصابة أو بالمعالجة(٢). وهم لا يحملون إجازات رسمية ترخص لهم القيام بأعمال العلاج والتطبيب ,ولكنهم ليسوا بالضرورة غير مدربين علي هذه الأعمال ,فهم يتابعون تخصصهم وتعليمهم بالمحاكاة والملاحظة. كما أن موهبة المعالجة والتطبيب تسري في الأسرة وتنتقل في معظم الأحوال من الأم إلي الابنة ومن الأب إلي الابن. فالقدرة علي تجبير العظام والقدرة علي وقف النزف تعد شيئاً وراثياً(٣). وتوجد شبكات غير رسمية أو جمعيات للمعالجين تتولي تبادل الخبرات والتقنيات والمعلومات وتراقب كل منها تصرفات الأخري ,وتعقد اجتماعات دورية بين المعالجين لتبادل الأفكار والخبرات والتقنيات وتعطي الفرصة لكل معالج لمقابلة تلاميذه السابقين ومعلمه والمبتدئين من المعالجين الآخرين المجاورين له. وفي إحدي الدراسات الهامة عن المعرفة المشتركة بين المعالجين سُئل شامان من بيرو ليعلق علي مجموعة الرموز المستخدمة في مذبح* شامان محلي آخر (Altar)وكان رده سريعاً وحاسماً ،أنه روحاني ولكن قاعدة مذبحه لا تملك القوة أنها حجر خام بلا أي أعشاب طبية ولا توجد أي صور أو تمائم ,أن

(1) Cecil Helman, "Culture, Health and Illness", op., cit., p. 48.

(2) Ibid, p. 49.

(3) Snow. L., Loc., Cit.,

*المذبح هو المكان الذي يتصل فيه العابد بالمعبود ويتزود من بالقوة. وتتخذ بعض الشعوب البدائية مذابح لها في مساكنها وفي هذه الحالة يكون المذبح مجرد مكان لدفن الأسلاف ويوضع عليه الفتشات والتماثيل والأواني الفخارية, القاموس الانثربولوجي ,شاكر مصطفي سليم ,مرجع سبق ذكره، ص ٤٢ .

مصادري هي الأعظم ومصادره أقل من نصف مصادري». وحينما عرضت صور هذا المذبح سماها Fetishism***فتشيه وإفترض أنها مبنية علي الإيمان بالخرافات والأوهام(١).

ويختلف دور المعالجين الشعبيين في كل من النظم الشخصانية (Per-sonalistic)والنظم الطبيعانية (Naturalistic)لسببية الأمراض. فالدور الأساسي للشامان أو الطبيب الساحر في النظم الشخصية هو دور تشخيصى حيث يقوم بتشخيص المرض خلال غفوة أو بواسطة تقنيات تنبؤية أخري وهنا يكون التشخيص الذي يكشف من ولماذا بمثابة المهارة الأساسية التي يبحث عنها المريض في الشخص المعالج أما معالجه سبب المرض نفسه فهو أمر ثانوي. والعكس في النظم الطبيعية فالتشخيص له الأهمية الثانوية بقدر ما يكون المعالج نفسه علي درجة كبيرة من الأهمية، حيث عادة ما يتم التشخيص بواسطة المريض نفسه أو عائلته وليس بواسطة المعالج. وحينما يتوقف المريض عن العلاج باستخدام الأدوية المنزلية وينتقل إلي معالج متخصص فهنا يعتقد المريض أنه يعرف ما يعذبه. أما كيف يكون تشخيص المرض بمعرفة شخص غير متخصص فالإجابة بسيطة وأشار إليها إراسموس (Eras-mus)بأنه حينما يكون مرض الشخص نتيجة لسبب طبيعي فإنه يشعر بالاعتلال ويفكر في الرجوع إلي خبرته السابقة في المساء أو في اليوم أو الشهر أو السنة السابقة في واقعة مرضية ويتذكر سبب المرض ويسأل الطبيب عن العلاج(٢).

خامساً : العلاقة بين المعالجين الشعبيين والأطباء :

تتصف العلاقة بين المعالجين الشعبيين والأطباء المهنيين بعدم الثقة والشكوك

*** يعتبر الفتش في كثير من الأديان سكناً مؤقتاً للأرواح .فإذا ما حلت فيه الروح يقدس ويعبد وإن لم تحل فيه يعتبر مجرد رمز لمعبود وتعتبر بعض الشعوب البدائية أن له قدرة روحية تشبه قدرة الآلهة علي تحقيق الخير للناس وإنزال الضرر بهم ,القاموس الأنثربولوجي ,شاكر مصطفي سليم، ص ٣٤١ .

(1) Arthur J. Rubel and Michael R. Itass, Op., Cit., p. 126.

(2) George M. Foster, Disease Etiolgies in "Non. Western Medical Systems, Op., Cit., P. 115.

المتبادلة حيث يري الطب العلمي الحديث هؤلاء المعالجين الشعبيين كدجالين أو مشعوذين أو كالعرافين الذين يتظاهرون بأن هناك خطراً كبيراً علي صحة مرضاهم(١). وحينما تستهدف تهمة الشعوذة المعالج الشعبي، فهي تعبر عن صراع علي الصدارة حيث تدعي الثقافة الطبية العلمية حقها المطلق في خنق معتقدات وعادات في نظم ثقافية أخري دون أي فهم أنثروبولوجي لفاعليتها. ومن ثم فإن الصراع الدائر بين الأطباء والمعالجين الشعبيين هو صراع علي الشرعية وهو يمثل تعارضاً بين المعرفة الطبية العلمية المجسدة بواسطة المؤسسات العلمية بمعرفة المعالجين الشعبيين المتولدة من المعلومات الشعبية والتجربة الشخصية للمعالج(٢). وتنسحب العلاقة بين المعالج الشعبي والطبيب المهني الأكاديمي لتلمس العلاقة بين الطب الشعبي ذاته والطب العلمي الحديث. فتنظر معظم الأنماط الطبية الحديثة إلي الطب التقليدي الذي يمثل الطب الشعبي أحد أشكاله، علي أنه أدني منه في المرتبة، مع أنه نظام كلي يضع الشخص ككل في اعتباره، كما يري أن سيكولوجيته وخلفيته الاجتماعية وخصائصه الأخري بمثابة عوامل هامة تشترك في عملية تشخيص المرض، كما يجعل المجتمع مركز اهتمامه في حين أن رؤية العالم الغربية تبعد المجتمع من وجهة النظر المعرفية عن نظامه الطبي - هذا بخلاف أن المنهج الأساسي للطب الحديث يميل إلي «التقسيمية» في حين أن الطب الشعبي يؤكد علي «التجميعية». وأخيراً لا تنظر معظم أنظمة الطب التقليدي إلي الطب كسلعة ولكن كالتزام علي المجتمع لا يتحقق إلا من خلال فرائض وتعليمات دينية وثقافية(٣).

كما أن الطب الشعبي علي خلاف كثير من المعتقدات الشعبية ليس كله وهماً ولا ثمرة للفكر الخرافي أو الغيبي، ولكنه يمثل في بعض جوانبه ذخيرة من الخبرة الشعبية المتوارثة التي صقلتها المحاولة والخطأ. ولذلك ليس من المتوقع أن يختفي

---

(1) Cecil Helman, "Culture, Health and Illness", op., cit., p. 49.

(٢) دافيد لوبروتون، مرجع سبق ذكره، ص ١٧٥-١٧٦ .

(3) Sardar, Ziauddin, The Health of Nations, Magzin: New statesman, 23/10/1998, Britannica. Com. Inc. (1999-2001) 20/5/2001.

اختفاءاً كلياً في أي مجتمع يأخذ بأساليب العلم الحديث. ولنفس هذا السبب أيضاً قد يتراجع بسرعة ودون مُوارية في أي مواجهة له مع الطب العلمي الحديث خاصة حينما تصل الخدمة الطبية الرسمية إلي أبناء القطاعات الشعبية بنفقات زهيدة وفي الأماكن البعيدة عن العمران. وقد يحدث هذا التراجع بدرجات متفاوتة وفي مجالات معينة أهمها طب العيون وطب الأطفال والجراحة - علي عكس بعض المجالات الأخري مثل الأمراض النفسية والعصبية وأمراض العقم حيث لم يتراجع الطب الشعبي وكان أكثر ثباتاً في مواجهة الطب العلمي الحديث وذلك لأسباب ترجع إلي تكوين البيئة الأسرية والاجتماعية للمريض(١).

كما تختلف أيضاً نظرة الطبيب المهني للمرض عن نظرة المعالج الشعبي إليه. فلكي يفهم الطبيب مرض الإنسان عليه أن يجرده أولاً من أي طابع شخصي. فالمرض لا يدرك بوصفه إرث المغامرة الفردية لإنسان وجد في مكان وزمان معينين وإنما بوصفه عجز مجهول لوظيفة أو عضو معين في جسم الإنسان، وهنا ينظر الطبيب إلي المرض كأمر دخيل ناشئ عن سلسلة من المسببات الميكانيكية التي تهمل الشخص وتاريخه وبيئته الاجتماعية وعلاقته مع الرغبة والقلق والموت واتجاه المرض. ولا ينظر إلا إلي «الآلية الجسدية» فقط مستنداً إلي معرفة تشريحية وفيزيولوجية مع استعمال تقنيات جديدة في التشخيص والعلاج. لقد بني العلم رؤيته للمرض بشكل يميز المريض عن جسده وبحيث لا يري المريض إلا مجرد ظاهرة عارضة لحدث فيزيولوجي بمعني مرض يجري في جسده ويتبني في نفس الوقت رؤية أداتية للجسد تتمثل في «إصلاح الجسد» وقد أدت هذه الرؤية إلي أن يضع المريض نفسه بين يدي الطبيب بشكل سلبي وينتظر نتيجة العلاج ولم يعد ينظر إلي جهده وتعاونه هو كمريض في سبيل الشفاء، كما لم يعد الطبيب يشجع المريض علي أن يسأل نفسه عن المعني الحميم لمرضه ولا عن أن يتكفل هو بنفسه وإنما يكتفي بأن يطلب منه أن يكون مريضاً وأن يواظب علي تناول أدويته وأن تنتظر النتائج بعد ذلك. إن هذا الطب ليس طب الشخص فهو يعالج المرض وليس المريض في مساره

(١) محمد الجوهري، علم الفولكور - دراسة المعتقدات الشعبية، الجزء الثاني، مرجع سبق ذكره، ص ٥٢١-٥٢٣ .

الاجتماعي والفردي[١]. أما في الطب الشعبي فيسعي الطبيب إلي إسقاط الفصل بين الشخص المريض ومرضه ويربط بينه وبين المرض. ويؤسس معرفته الطبية في ضوء هذا الارتباط. فالمعرفة بالمرض في الطب الشعبي ليست نتيجة إجازة علمية للمطبب وإنما نتيجة تجربة يعيشها مع المرض واجتياز اختبار يصبح في شكل عملية تعليمية تحوله من شخص مريض إلي مطبب يبشر المريض بالقوة التي كان يمتلكها في ذاته دون أن يعرف ذلك وهذا هو الواقع الذي تسرده معظم القصص الحياتية للمعالجين الشعبيين. وهذا هو الفرق بين معرفة الطبيب في الطب الحديث ومعرفة المطبب في الطب الشعبي، فالمعرفة في الطب الشعبي تنبني علي معرفة مكتسبة من الآخرين أكثر مما هي معرفة مجازة علمياً كما في الطب العلمي الحديث، كما ترتكز علي جهد وجودي أكثر مما هو علمي. فالطبيب يرخص له بالقيام بالمعالجة ليس لأنه كان مريضاً وإنما لأنه يمتلك معرفة معمقة ومصدقة بإجازة علمية علي عكس المطبب الشعبي الذي يقوم بالعلاج لأنه نفسه كان مريضاً واجتاز هذا الاختبار وتعلم لدي مطبب آخر عرف مؤهلاته وعرف أنه سيكون معالجاً في يوم ما[٢]. كما لم تنفصل ممارسات الطب الشعبي عن التوقع بأهميتها في شفاء المريض، إنها تجعل من الاتصال بالمريض الشرط الضروري الأول لعلاجه. علي عكس الطب العلمي الذي يفضل أدوات أخري للإبقاء علي مسافة اجتماعية وثقافية بين الطبيب والمريض. فالمكوث مع المعالج الشعبي يستغرق وقتاً أطول مما يستغرقه المريض مع الطبيب الأكاديمي كما يتسم اللجوء إليه بالطابع الشخصي الذي يساعد في علاج الأمراض الباطنية الحديثة (الضغط والعزلة والخوف من المستقبل وفقدان الشعور بالهوية الخاصة) ويجعله مطمئناً إليه ولا يتوقف تشخيصه عند العضو أو الوظيفة المريضة وإنما يتجاوزه إلي إعادة التوازن العضوي للمريض ودائماً ما يعطي المعالج الشعبي لنفسه الوقت الكافي للكلام. الإصغاء للحركة أو الصمت ويوجه قدرته لتبديد الخوف والقلق من نفس المريض ويشركه في مسئولية علاجه.

---

(١) دافيد لوبروتون، مرجع سبق ذكره، ص ١٨٠ – ١٨٢ .

(٢) المرجع السابق، ص ص ١٨٥ – ١٨٦ .

المبحث الثانى
الممارسات العلاجية فى الطب الشعبى

مقدمة :

تقترب الممارسة الطبية الشعبية في الواقع الاجتماعي من الممارسة السحرية في كثير من ملامحها. فهناك تراث اجتماعي من الوصفات الطبية يشترك فيه كل أفراد المجتمع وهو ما يقابل السحر الشعبي وهناك أيضاً مستوي أعلي وأكثر تخصصاً وتعقيداً من هذه الممارسة الطبية وهو ما يقابل السحر الرسمي أو الاحترافي الذي يلجأ فيه الشخص إلي الطبيب الشعبي المحترف مباشرة إما بسبب طبيعة الحالة المرضية وحاجتها إلي مستوي أعلي من الوصفات الطبية أو بعد فشل جميع الوصفات الطبية الأخري التي مارسها سواء بمعرفته أو بمعرفة أهله وجيرانه وقد كان هناك مصطلح في الدراسات الأنثروبولوجية العامة والثقافية استخدم حتي القرن التاسع عشر هو المطبب أو الطبيب الشعبي وهو اسم فضفاض لا يقتصر استخدامه علي ممارس العلاج الطبي فقط وإنما يغطي فئة أوسع تضم إلي جانب ذلك العرافين والكهنة والسحرة بمعني الأشخاص الذين يتمتعون بقوة خارقة أو مواهب فوق طبيعية. ثم حل محله مع مطلع القرن العشرين مصطلحات أدق وأكثر تخصصاً مثل الشامان والطبيب والطبيب الشعبي (الطبيب المعالج بالأعشاب) والمشعوذ والكاهن... الخ[١].

وتتمثل الممارسات الطبية للمعالجين الشعبيين في أشكال عديدة عالمية الانتشار مثل شعائر وطقوس التنجيم (العرافة) والتي تشتمل علي استعمال أوراق الكوتشينة واستعمال عظام وأحجار خاصة يقوم المعالج بتفسير ترتيبها العشوائي واستنطاق أمعاء حيوانات وطيور معينة أو استشارة الأرواح والكائنات فوق الطبيعية بطريقة مباشرة من خلال الدخول في غفوة بهدف كشف أسباب المرض فوق الطبيعية مثل السحر والعقاب الإلهي بواسطة استعمال تقنيات فوق طبيعية[٢]. كما يستعمل المعالجون

---

(١) محمد الجوهري، علم الفولكلور- دراسة المعتقدات الشعبية، ، جـ٢ ، مرجع سبق ذكره، ص.٥١٥ – ٥١٦ .

(2) Cecil Helman, "Culture, Health and Illness", Op., Cit., P. 47.

الدينيون الصلاة والابتهال والمس لعلاج المرض، أما المعالجون الآخرون فيستخدمون مزيجاً من الصلاة والتعويذات والتربيت باليد والتدليك أو المساج ويصفون العلاج بأعشاب الشاي أو طهي أجزاء من الحيوانات والخضروات، بالإضافة إلي الطقوس السحرية أو بعض العمليات كمرور الشخص خلال شق شجرة أو بعض الشجيرات الجبلية لطرد المرض أو وضع جراب يحتوي علي خليط من الديدان والشعر الآدمي تحت عتبة الباب لتسبيب المرض بحيث يحدث المرض للشخص الذي يخطو فوق هذا الجراب. وهكذا قد تسبب هذه الممارسات المرض كما قد تسبب العلاج[١] .

ومع أن معظم الممارسات الشعبية للمعالجين الشعبيين تعد ممارسات عالمية الانتشار فإن هناك ممارسات معينة تقتصر علي ثقافات معينة أو علي جماعة ثقافية معينة داخل الثقافة الواحدة.

أولاً : المعالجون الشعبيون في الثقافات المختلفة :

يختلف المعالجون الشعبيون باختلاف المعتقدات والممارسات الطبية الشعبية التي يمارسونها وتبعاً لاختلاف الثقافات التي يعيشون فيها، كما يشار إليهم بأسماء مختلفة وفقاً لهذه الثقافات المختلفة. وتعتمد ممارسات الطب الشعبي علي الطبيب المتخصص أو المعالج الشعبي أو العطار أو العشاب الذي لديه خبرة كبيرة في تحضير العديد من الوصفات الطبية الشعبية أو اللجوء إلي أحد الأقارب أو الأصدقاء الذين لهم خبرة في هذا المجال وفي بعض الأحيان قد تكون الأم نفسها ذات خبرة في استخدام الطب الشعبي[٢] . ومن أمثلة الأشخاص الذين يقومون بدور المعالج الشعبي في كثير من الثقافات الشامان أو الطبيب أو الكاهن المعالج. والشامان في تعريف لويس (Lewis) هو شخص من كل من الجنسين يستولي علي الأرواح ويستطيع أن يدخلها في جسده تبعاً لمشيئته ويقوم بتشخيص المرض ووصف العلاج خلال الطقوس التي يجريها في جلسة استحضار الأرواح[٣]· وهو يقوم بدور الوساطة بين أفراد المجتمع والقوي فوق الطبيعية، كما يعتقد

(2) Snow L., Loc., Cit.,

(٢) عبد الرحمن مصيقر، مرجع سبق ذكره، ص ١١٥ .

(3) Lecil Helman, "Culture, Health and Illness", Loc., Cit.

الناس أن له القدرة علي التحدث مع الأرواح والاستماع إلي إجاباتهم والتعرف علي الأحداث الخافية واستخدام الوسائل العلاجية لشفاء المريض(١).

كما يُعرف المعالجون بأسماء مختلفة في الثقافات المختلفة في جنوب إفريقيا: مثل الـ (amagqira)في قبائل الخوسا، والـ (nagaka)في قبائل السوثو* الشمالية، والـ (selaoli)في قبائل السوثو الجنوبية، والـ (mungome)في قبائل الفيندا** والتسونكا***. ويشير إليهم معظم الإفريقيين الجنوبيين بصفة عامة بـ الـ (san-gomas)أو (izangoma)بلغة قبائل الزولو(٢).

كما يوجد في بعض المجتمعات العربية بعض الأشخاص الذين يقومون بممارسة العلاج الشعبي ويطلق عليهم المطوع. أما في الريف المصري فتنتشر أساليب العلاج الشعبي ويمارسها أشخاص يطلق عليهم أسماء مختلفة فيطلق علي النساء اللائي يقمن بعلاج أمراض العيون اسم اللحاسه وفي بعض القري الأخري يطلق علي المرأة التي تقوم بالعلاج الداودة ويطلق علي المعالج الشعبي في علاج كسور العظام المجبراتي(٣).

ثانياً : نماذج الممارسات العلاجية الشعبية في بعض المجتمعات الغربية :

كانت أساليب وممارسات العلاج الشعبي من أكثر أشكال العلاج المنتشرة في اسكوتلندا حتي القرن التاسع عشر ومع ذلك مازال الناس هناك يفضلون المعالجين

(١) محمد حسن غامري، مرجع سبق ذكره، ص١٩٠ .

*قبائل الـ Sotho، من أكبر مجموعات شعب البانتو في جنوبي إفريقيا يعيش أغلبهم في دولة مستقلة تدعي (ليسوتو) وفي منطقتي (ترنسفال) و(أورنج) في جنوب إفريقيا ولغة السوثو إحدي (لغات البانتو)، مصطفي شاكر سليم، مرجع سبق ذكره، ص٩١١ .

** قبائل الـ Venda ، وهي إحدي قبائل زنوج البانتو في الشمال الشرقي من إقليم الترنسفال في جنوب إفريقيا ويتحدثون لغات البانتو، نفس المرجع السابق، ص ١٠١٥ .

***قبائل الـ Tsonga، وهو شعب يعيش في جنوبي موزمبيق وشمال إقليم الترنسفال في جنوب إفريقيا، نفس المرجع السابق، ص٩٩٣ .

(2) Ngubane H., "Aspects of Clinical Practice and Organizatio of indigenous healers In South Africa", Soc. Sci. Med. 15 B, 1981: PP. 361-362.

(٣) محمد حسن غامري، مرجع سبق ذكره، ص ١٩٠ .

الشعبيين خاصة في الأماكن البعيدة لثقتهم في قدراتهم العلاجية أمثال رجال الدين والابن السابع من الابن السابع والأبناء الذين يولدون بمؤخرتهم. كما كان العلاج الشعبي هو المجال الذي تهيمن عليه النساء، فالأمهات والجدات هن اللائي يقدمن الرعاية الصحية لعائلاتهن، فضلاً عن أن التخصص في الطب الشعبي نشأ وسط النساء الاسكوتلنديات «المرأة المتزوجة» فهي التي فكرت في فن التوليد والتمائم والأحجبة في مواجهة آلام الأسنان وبعض التعويذات الأخري في مواجهة العديد من الأمراض بالإضافة إلي استخدام تقنيات معينة والتلفظ بتعازيم معينة. واستعمال المواد المتاحة مثل الأعشاب والماء والحجارة، حيث كان الماء يستخدم في العلاج بعدة طرق ومن مصادر مختلفة، وكان العديد من المرضي يزعمون أن آبار المياه تشفي من الأمراض وكذلك الماء النابع من تجويف الحجارة والماء الذي يمر أسفل جسر يعبر عليه جسد الميت إلي المقبرة. واستخدام الأعشاب المختلفة في شكل شاي أو كمادات توضع علي الجزء المصاب من الجسم. كما استخدمت الأحجار في العلاج فكان البعض منها بمثابة حجارة كبيرة المقام والأهمية يذهب إليها الناس للعلاج من أمراض معينة كما كان بعضها حجارة صغيرة وردية أو بيضاء خاصة بالعائلة تنتقل من جيل إلي جيل بأسطورة لفظية تشرح أينما توجد هذه الحجارة تكون القوة. كما كانوا يستعملون في بعض الأحيان حجارة تشبه جزء من جسد الإنسان كعلاج لذلك الجزء[1].

أما في الجنوب الشرقي للولايات المتحدة فقد زادت سيطرة الطب الشعبي بسبب زيادة الوعي بالممارسات العلاجية الشعبية وكذلك بسبب زيادة النسبة الحالية من المهاجرين واللاجئين من المكسيك وهايتي وكوبا وغرب إفريقيا. وهناك مجموعات عديدة من الطب الشعبي مثل (Voodoo)والـ . (Hoodoo)حيث جاءت هذه المعتقدات إلي أمريكا خلال القرنين الثامن عشر والتاسع عشر بواسطة الإفريقيين الذين هبطوا علي شواطئ لويسانا من الأقاليم الرئيسية من غرب إفريقيا (السنغال وداهومي والكاميرون) التي ظلت هي المسئولة عن التدفق الأصلي لمعتقدات الـ

(1) Bakx, K., Op., Cit.,

(Voodoo)، وهي كلمة مشتقة من كلمة قديمة (Ewe)تعني الشيطان أو الروح. أما طب الـ (Hoodoo)فيوصف لإفساد (Voodoo)أو (Juju)الذي يعني استحضار الأرواح. وهناك علاقة وثيقة بين طب الجذور وممارسات (Hoodoo)حيث يستطيع طب الجذور أن يصنع السحر ويزيل السحر ويتجنب الشر أو يغير الحظ وخاصة في مسائل الحب. كما أنه ليس مقصوراً علي استعمال الجذور فقط، فالأيقونات المصنوعة من الشمع والطين والأحجار الملونة وتنويعة كبيرة من الدمي تلعب كلها دوراً في الممارسة الكلية. كما تعطي الألوان والأعداد إضافات هامة لمعتقدات طب الجذور فاللون الأزرق يستخدم لتجنب العين الشريرة ويساعد في الحب بينما اللون الأسود يدل علي الموت واللون الأحمر يرمز إلي الشر[١].

وهناك المعالجون الروحيون في المكسيك وهم أصلاً من النساء وقد استخدمن كمعالجات نتيجة لوجود أمراض لديهن عولجت بطريقة خاطئة من قبل الأطباء. وهن يقدمن العون والمساعدة للمرضي بواسطة حماة الأرواح الذين يتلبسوهن حينما يدخلن في طقوس الغفوة كما يروضن أرواح الموتي التي تطوف العالم ويسخرونها لمعالجة المرضي. كما تستعين هؤلاء المعالجات بمجموعة كبيرة من التقنيات العلاجية التي تشمل «دستور الأدوية »وطقوس التطهير والأدوية المسهلة والتدليك والحمامات والجراحات الروحية والطقوس الدينية والمستحضرات الدوائية وما يسمي التطهير السلبي حينما يمارس المريض الشعور بتفريج وتخفيف الألم بدون أن يقول أي شئ[٢].

كما تختلف ممارسات ومعتقدات الطب الشعبي من ثقافة لأخري في «تكساس» ولكنها لا تختلف في طريقة انتقالها من شخص إلي شخص ومن جيل إلي جيل شفهياً أو بالمحاكاة. وعلي الرغم من اختلاف هذه الممارسات والمعتقدات فإن الكثيرين

---

(1) Joe S. Graham," Folk Medicine", The Hand book of Texas, http: // www. Lib. Utexas. Edu. (1997-2001) 23/7/2001.

(2) Kaja Finkeler, "Sacred Healing and Biomedicine Compared", In: peter J Broun (ed) understanding and Applying Medical Anthropology Mayfield publishing co. USA. 1998, P. 120.

ينسبون الأمراض الخطيرة إلي الآلهة والعداوات القبلية أو إيذاء الأرواح. فا الـ (Tonkawas)يعتقدون أن أرواح الموتي وخاصة إذا لم تدفن بشكل صحيح – سوف تطارد المسئولين وتجلب عليهم المرض وأشكالاً أخري من المحن وسوء الحظ والموت، وإذا اتصل بالشخص المريض قريب له ميت فإن هذا يعني أن حياته أوشكت علي الانتهاء، ويمكن للشخص أن يتجنب الأرواح الشريرة – التي غالباً ما تأخذ شكل البوم والذئاب وتسبب المرض – بواسطة ارتداء أكياس صغيرة من الأعشاب والجذور حول الجسم. كما يستخدم الآباجي - (Apaches)*الذين ينسبون أمراضاً كثيرة إلي الأرواح الشريرة – الغناء والتطبيل وصنع التمائم والأحجبة والرقي بالأيدي وبالتعويذات لتهدئة أو لطرد القوي الجبارة. كما إستعمل هنود تكساس الأدوية الطبيعية حيث كان لدي الكومانشيين ** (Comanches)وهم أعضاء قبيلة هندية في شمال أمريكا معرفة بالمرقأة (touviniquet)وهي أداة تستعمل لوقف النزف والجراحات البسيطة واستخدموا مجموعة كبيرة من الأعشاب والأدوية لعلاج الأمراض مثل زيت الخروع ونبات بنت القنصل كأدوية مسهلة ونبات السافراس للالتهابات البللورية وأوراق الأشجار المائية لتغطية الجروح. كما تشتمل الأدوية التي يستخدمها قبائل الناجيز*** (Nathchez)علي البذرة الحمراء لزهرة المنغوليا كمسكن للحمي وخشب أشجار الصمغ لآلام الأسنان والمرجوسا لعلاج أميبا الدوسنتاريا، كما يستخدمون لصقات الطين لتخفيف وتسكين ألم لدغ ولسع الحشرات، والخل المخفف للفح الشمس. وقد بقيت مجموعة من المعتقدات الطبية للرجل الأبيض في تكساس أو استمرت آثارها أكثر من الطب الأوروبي القديم حيث يستعملون السحر المسبب للمرض لتحويل المرض إلي شخص آخر أو حيوان أو نبات. وإبقاء كلب صغير الجسم بدون شعر في المنزل يشفي مرض الربو حيث سيأخذ الكلب مرض الربو كما تعالج لدغات الأفعي

* مجموعة قبائل هندية أمريكية مترحلة تعيش علي الصيد جنوبي الولايات المتحدة الأمريكية وشمالي المكسيك، القاموس الأنثروبولوجي، ص٥٩ .

** إحدي القبائل الهندية التي كانت تعيش في أمريكا الشمالية.

*** إحدي قبائل الهنود الأمريكيين يتحدثون اللغة المسكوكية وكانت تعيش في الأصل في منطقة المسيسبي، القاموس الأنثروبولوجي، ص ٦٦٥ .

الجرسيه بذبح دجاجة وتغطية الجسم الساخن حول اللدغة لطرد السم للخارج. كما يُزال التهاب الجفون بتلاوة هذا الشعر: (Sty sty Leave my eye - Catch the frist one passing by) ثم تدليكهم بالرباط الذهبي لفستان الزفاف للتخلص منه. كما تلبس الأساور النحاس لعلاج الروماتيزم. ووضع فأس تحت السرير يقطع آلام العمل.

وتشتمل الأمراض الشعبية علي: مرض الخوف أو الرعب (Susto) والذي يعالج عادة بواسطة التنظيف بمكانس مصنوعة من نباتات وأعشاب خاصة، ومرض سوء الهضم (الإسهال) (Empacho) والذي ينسب إلي انسداد القنوات الهضمية يعالج بالتدليك وبجرعات من الأدوية العشبية، ومرض (Maldeojo) وهو أعراض المرض المرتبط بالمصطلح (Evil eye) العين الشريرة ويحدث حينما ينظر إلي شخص أضعف منه بإعجاب متزايد، ويعالج بالدعاء والصلاة والتدليك ببيض الدجاج. ومرض سقوط يأفوخ الأطفال أو البقعة الرخوه (Caide de la molleva) وهو مرض قاتل ويعالج بتعليق الطفل بالمقلوب فوق حوض من الماء أو تدليك سقف فمه. وتشتق الممارسات والمعتقدات الطبية السوداء في تكساس من الطب الشعبي الأفريقي والأوروبي والمكون من المعالجة المنزلية والأدوية العشبية التي توصف بواسطة أطباء الجذور والعلاجات المقدمة بواسطة السحرة. وتعد المعالجات المنزلية هي أكثر أشكال الطب الشعبي شيوعاً الآن وتشتمل علي أوراق النعناع لمغص البطن والثوم وسلفات المانيزيا والخل لضغط الدم العالي وأوراق الشعير والماء المثلج لعلاج الحصبة ووضع الشحم علي قطعة قماش صوف ناعم دافئ علي الصدر يخفف الاحتقان وأوراق الشاي لألم المعدة والعسل وعصير التفاح لألم المفاصل والعسل والشبه للسعال. ولأن منطق العلاج كان غير ظاهر فإن بعض العلاجات تتطلب الثقة والإيمان: وضع قش المكنسة فوق أعلي رأس الرضع يشفي من الحزق. وإدخال الظفر المصاب في زجاجة قنديل يمنع القرحة ويمنع الإصابة بمرض التيتانوس. ووضع قطعة نقود أو مقص أو تدلية مفاتيح أسفل خلف الرقبة توقف نزيف الأنف، والشاي المصنوع من ورق الأعشاب المغبرة بالتراب يساعد علي تحفيز الجهود وحمل عين الظبي في الجيب يساعد في علاج الروماتيزم(١).

(1) Joe S. Graham, Loc., Cit.,

ثالثاً : نماذج الممارسات العلاجية الشعبية في المجتمع المصري:

تدل الشواهد علي أن الأشخاص الذين يمارسون العلاج الشعبي بالأساليب والأدوات والمفاهيم الشعبية لا يوقفون حياتهم علي مهنة العلاج الشعبي وإنما يجمعون بينها وبين مهنة أخري أو وضع اجتماعي آخر. ويتجسد هذا النموذج في (حلاق الصحة) أو (حلاق القرية) الذي يمارس إلي جانب مهنة الحلاقة بعض العمليات الطبية مثل خلع الأسنان وعمليات الفصد والحجامة والختان وإعطاء الحقن وإعطاء النصائح الطبية وبيع بعض الأدوية. كما كان يقوم - حتي عهد قريب - ببعض المهام التي تقوم بها المؤسسات الصحية الرسمية كالتطعيم وتسجيل حالات الوفيات في القرية. وقد يحقق حلاق القرية في بعض الأحيان مستوي أعلي من الشهرة ويذيع صيته خارج نطاق قريته بسبب كفاءته في بعض أعمال العلاج الشعبي الطبي مثل الكي أو التجبير أو الحجامة وما إلي ذلك، ومن ثم يتوافد إليه جموع عديدة من المرضي من كافة القري المحيطة به ويصبح وكأنه أشبه بعيادة الطبيب[(١)]. وهناك الساحر المحترف الذي يمارس إلي جانب حلاق القرية عمليات العلاج الطبي الشعبي مثل الوصفات البلدية أو الشعبية والوصفات العلاجية ذات الوسائل السحرية التي تعتمد علي الكتابة والتمائم والأحجبة والرقي والحصن وحرق البخور وكشف الأعمال... الخ. وليس ثمة تنافس بينهما فلكل منهما مجاله الخاص وخبرته الخاصة ومكانته في عقول وقلوب أبناء الطبقات الشعبية من أصحاب الاحتياجات العلاجية[(٢)]. ونحن نري في هذا الصدد أن ازدياد الوعي الصحي لدي الفلاحين في الريف المصري وخوفهم من التلوث والإصابات من ناحية، وانتشار الطب الرسمي في شكل وحدات علاجية طبية في الريف المصري من ناحية أخري، فضلاً عن وجود الكثير من الأطباء الرسميين الذين يمارسون الأعمال العلاجية في عيادتهم أو في منازلهم في القري المصرية قد أدي إلي اندثار أو تلاشي دور حلاق الصحة كمعالج شعبي يقوم ببعض الأعمال الجراحية البسيطة ولم يتبق له سوي عمليات الختان. أما الساحر المحترف الدجال.

---

(١) محمد الجوهري، علم الفولكلور- دراسة المعتقدات الشعبية، الجزء الثاني، مرجع سبق ذكره، ص٥١٦ .

(٢) المرجع السابق، ص ٥١٧ .

فالوضع مختلف بالنسبة له نظراً لأن هناك بعض الأمراض التي لا تحمل دلالات عضوية أو قد تكون من قبيل الأمراض النفسية والتي قد يفشل الطب الحديث في علاجها وهناك يلجأ بعض أبناء القري في الريف المصري لهذا الساحر التماساً للعلاج أو لكشف الأعمال أو لفك السحر.

وهناك فئة ثالثة إلي جانب حلاق القرية والساحر المحترف تمارس عمليات العلاج الشعبي الطبي في المجتمع المصري وهي ليست فئة محترفة بمعني أنها لا تحصل علي أجر لقاء عملها في معظم الأحوال، وإنما تمارس هذه العملية العلاجية بسبب وضعها الاجتماعي الذي يفرض عليها نجدة وإسعاف المحتاجين أو أن لها شهرة خاصة أو لديها مهارات موروثة في مجال العلاج. فهناك مثلاً شيخ إحدي الطرق أو أحد الأولياء أو واحد من أهل القرية الذين لهم وضع اجتماعي معين وسط أهل القرية هم الذين يقومون بتقديم العلاج بالنسبة للحالات المرضية المتأزمة التي فشلت في علاجها الوصفات الشعبية التقليدية التي يعرفها كل الناس، وربما يقومون أيضاً بممارسة هذا العلاج بأنفسهم إذا كان ينطوي علي عمليات ذات طبيعة معينة أو خبرة معينة وليست ذات طبيعة سحرية. كما قد يقع عبء العلاج الطبي علي أبناء الطبقات العليا في المجتمعات الشعبية بسبب وضعهم المتميز بحيث تصبح ممارسة العلاج جزءاً من أعباء الدور الذي يشغلونه، فالأشراف في بعض مجتمعات جنوب الصعيد مثل (العبايدة) و(البشارية) هم الذين يتولون علاج جميع الحالات المرضية فيها باستثناء أمراض العيون الشديدة، ولهم في ذلك أساليبهم الخاصة وتراثهم المحفوظ في العلاج حيث يعالجون الجروح الكبيرة بوضع إطار من الطين حول الجرح ثم يقومون بصب السمن المغلي فوق الجرح ويعالجون عرق النساء والروماتيزم بالكي بالنار في أجزاء مختلفة من الجسم، ويعالجون لدغة الثعبان بإزالة الجزء الملدوغ من الجسم في الحال ثم يضعون كمية من السمن المغلي علي الجرح كما يخلعون الأسنان التالفة بربطها بخيط والدق عليها بعصا رفيعة[١]. وهناك أشخاص معينين ضمن هذه الفئة الأخيرة ممن ورثوا مهارة معينة في مجال علاج الأمراض أو تقديم الوصفات

(١) المرجع السابق، ص ٥١٨-٥١٩ .

الطبية أو إعدادها وتعلموها علي أيدي آبائهم أو أقاربهم أو مشايخهم وقرروا ألا يجعلوها حرفة يكتسبون منها وإنما اكتفوا بتقديمها صدقة علم أو محبة للمحتاجين. أو قد يكون هناك شخص يتميز ببعض القدرات أو المزايا التي تضفي عليه سراً خاصاً في العلاج، ويعرف المعتقد الشعبي عدداً من هذه النماذج مثل الشخص (الذي يكون عمه خاله) والذي لا تقتصر ممارسته العلاجية علي الوصفات ذات الطبيعة السحرية فقط وإنما تمتد إلي ممارسات أخري مضمونة العواقب ومأمونة النتائج بسبب خصائصه الوراثية، فقيامه بتدليك عضو مريض أو إعداده لوصفة طبية بيديه - بعد غسلهما - يضمن الشفاء الأكيد. وقد يحدث في بعض الحالات أن يتوقف العلاج الناجح علي العثور علي شخص بهذه المواصفات، وعادة لا يتقاضي هذا الشخص المبروك أجراً علي عمله وإنما يسعد بأداء تلك الخدمات خاصة إذا كان ميسور الحال أو قد يتلقي بعض الهدايا من المرضي الذين قام بعلاجهم إذا كان محتاجاً[١].

رابعاً: فوائد ومخاطر الممارسات العلاجية للطب الشعبي :

في كثير من الأحيان يساعد الطب الشعبي علي التخفيف من آلام المرض الجسمي دون الإصابة به، كما قد يكون هو السبب في تعريض الشخص للإصابة بالمرض أو إيقاع الضرر في بعض الأحيان، كما قد يؤدي إلي حدوث الموت في أحيان أخري. وعلي ذلك يمكن للطب الشعبي أن يساعد الناس علي مقاومة الأمراض المستعصية، كما يمكن له أيضاً أن يفاقم من المشاكل الاجتماعية والوجدانية للمرضي ولعائلاتهم. ومن ثم يكون للطب الشعبي فوائده الكثيرة ومخاطره الكثيرة أيضاً.

ومن المسلم به أن الطب الشعبي له دور في تدعيم وزيادة الرعاية الصحية في كل المجتمعات، كما أنه يملك القدرة أيضا علي تعطيل هذه الرعاية ويحول دون الالتزام بالنظم الطبية السائدة في هذه المجتمعات. غير أنه كثيراً ما يتم الالتفات عن فوائد ومزايا الطب الشعبى على افتراض أنه يحتوى مجموعة من الأفكار التقليدية الموروثة التى لم تعد تساير العصر، وأن الاستخدام الشائع لكلمة «طب شعبى» غالبا ما

---

(١) المرجع السابق، ص ٥١٩-٥٢٠ .

تعتى بعض المعتقدات الخاطئة عن الصحة وعن أساليب الرعاية الصحية، وبمعنى أن المقصود بعبارة «حكايات عجائز» Oldwives tales هو التعبير عن رفض المعرفة الطبية التقليدية وخاصة عند النساء والتكبر علي هذه المعرفة.

غير أن الواقع العملى يثبت أنه على الرغم من أن بعض معتقدات الطب الشعبى تعد معتقدات خاطئة بشكل واضح وأن أكثر هذه المعتقدات لم يُقيَّم بواسطة الطب العلمى الحديث، فإن الطب الشعبى ليس كله معتقدات خاطئة عن الصحة وذلك لأن الطب العلمى الحديث تبنى الكثير من أفكار الطب التقليدى والكثير من الأبحاث المتواصلة عن المعتقدات والممارسات الطبية الشعبية التى تتراوح من العلاج باستخدام الطب العشبى الى العلاج بالتضرع والابتهال والصلاة. ومع أن الطب الاكلينيكى يحرص فى الحقيقة على التركيز على المخاطر الصحية للطب الشعبى، فإن معتقدات وممارسات الطب الشعبى تعد شيئا جديراً بالاعتبار والاهتمام أيضاً[1].

ويمكن النظر في فوائد الطب الشعبي من حيث فعاليته وطبيعته وسهولة الوصول إليه وتكلفة الحصول عليه، أما مخاطره فتتحدد في نوعية معالجاته والجوانب الغيبية التي يتعامل معها. وسوف نستعرضها بشكل موجز في النقاط التالية:

١- فوائد ومزايا الممارسات الطبية الشعبية :

أ-الاحتفاظ بالخواص الطبيعية لأدوية الطب الشعبي:

يحتوي نظام العلاج الطبى الشعبى بالأعشاب والنباتات الطبية على مجموعة كاملة من الاتجاهات والقيم والمعتقدات التي تكون فلسفة للحياة، وليس مجرد خلطة أو عجينة من الأدوية العلاجية. ولتوضيح هذا المفهوم يعتقد كثير من العشابين أن فاعلية الأعشاب الدوائية تكمن فى طبيعيتها وأنها مستحبة لأن الطبيعة مقبولة بالفطرة بمعنى أن الأشياء تظل كما هى فى الطبيعة ومحتفظة بكافة خواصها وفاعليتها. ووفقا لهذه الرؤية يعتقد الكثيرون أن تغيير الخصائص الطبيعية للطعام كطول مدة الحفظ وسهولة الإعداد تفقده شروطه الصحية وتسبب مرض القلب. وبالمثل يعتقد هؤلاء

(1) David J. Hufford, Op., Cit., p. 724.

العشابون أن الأعشاب الطبيعية مثل أوراق نبات الديجتاليس Digitalis المعروف باسم نبات كف الثعلب الأرجوانى له تأثير أوسع وآمن من استخدامه كمستحضر دوائى مستخرج من نفس هذا النبات وهو الديجتوكسين .Digitoxin[١] وبمعني آخر أن المواد الطبيعية الموجودة فى النباتات تظل في نظام متوازن خاص وتذوب بشكل طبيعي بحيث يمتصها الجسم بسهولة تامة ولها فاعلية داخل جسم الإنسان بدرجة أكبر من المواد الكيميائية المفصولة منها فى المعامل، كما أن بعض مسببات الأمراض داخل الجسم تقوم بمنع تأثير المواد الكيميائية المخلقة منها بعكس التركيبات النباتية التى تقتلها أو تمنعها من التكاثر مثل مادة الكلوروكين التى تقاومها بعض طفيليات الملاريا وكذلك بعض المضادات الحيوية التى لا تؤثر فى بعض الجراثيم[٢].

ب-التكامل المادى والروحى فى معالجات الطب الشعبى:

تميل ممارسات الطب الشعبى نحو دمج العوامل الطبيعية مثل المعالجة بالأعشاب والتدليك والنظم الغذائية مع العوامل فوق الطبيعية مثل الخلاص الآلهى أو تأثير التضرع والصلاة أو الاعتقاد أن القوى الخارقة للطبيعة تسبب المرض بالسحر والعين الشريرة. وأن تقسيم هذه العوامل إلي مادية وروحية يفقد الطب الشعبى الاتجاه التكاملى الذى يجذب الكثير إلى استعماله، وبنفس الدرجة حيث يمثل غياب البعد الروحى عن الطب الحديث سبباً للابتعاد عنه[٣].

ج- انتقاء المعلومات ووجهات النظر الصحية فى الطب الشعبى:

دائماً ما ينظر إلي النظم الصحية إما كاتفاق جماعى (رضائى) أو كمجموعة فردية من المعلومات ووجهات النظر المتعلقة بالصحة. فالطب العلمى الحديث أو الطبى العرقى أو الطب الشعبى تعد كلها نظماً صحية جماعية رضائية، أما المعتقدات والممارسات الخاصة بالمعالجين والمرضى أنفسهم فتعد نظماً فردية انتقائية. ومن ثم سوف تحتوى النظم الفردية لمعظم المعالجين الشعبيين ومرضاهم أفكاراً انتقائية ليست

(1) Ibid., p. 736.

(٢) سمير يحيى الجمال، الطب الشعبى التقليدى، (مكتبة مدبولى، القاهرة): ص ٣٠ .

(3) David J Hufford, Op. Cit, p. 737.

من معتقداتهم الشعبية فحسب، بل مختارة أيضا من الطب الحديث التقليدى ومن الطب البديل ومن الدين.... الخ الأمر الذى يمثل تنوعاً فردياً فى المعلومات وفي وجهات النظر الصحية ويشجع المؤثرات المستمرة التى تسرى بين النظم الصحية داخل المجتمع حيث أن كل شخص يشكل فى الواقع جسراً يربط بين اثنين أو أكثر من التقاليد الصحية ومن ثم تميل هذه الانتقائية فى الطب الشعبى إلي إهمال الاختلافات الفردية وتعمل فى إطار تعميمات نافعة ومفيدة[1].

د- الجمع بين الرعاية الذاتية ورعاية المتخصصين الصحيين:

يتضمن السلوك الصحى أساليباً وطرقاً للرعاية الذاتية بواسطة المريض نفسه أو بواسطة أسرته بالإضافة إلي الرعاية التى يتولاها بعض المتخصصين الصحيين. وكلما كان النظام الصحى رسمياً بدرجة أكبر كلما كان دور المتخصصين الرسميين فى الرعاية الصحية أكبر أيضا، ويتسم الطب الشعبى بهاتين الخاصيتين فهو يميل إلي الرعاية الذاتية بدرجة كبيرة وفى الوقت نفسه تعتمد تقاليده الشعبية على المتخصصين والمهنيين فى الرعاية الطبية مثل العشابين والمعالجين بالتضرع والدعاء والصلاة والتدليك ورجال الدين، ومن ثم فهو يجمع بين كل منهما فى آن واحد[2].

هـ - التكلفة الأقل:

من المسلم به أن تكلفة علاج الطب الشعبى أقل من تكلفة العلاج الطبى الحديث، فالمعروف أن الطب الحديث يعتمد على الأجهزة والآلات فى تشخيصه وعلى العقاقير والأدوية غالية الثمن ويحتم على المريض إجراء العديد من التحاليل والاختبارات والفحوصات المعملية والأشعات المتنوعة التى تحتاج إلي وقت طويل وتكاليف باهظة بينما لا يعتمد الطب الشعبى ولا المعالج الشعبى على ذلك، وبالتالى

---

(1) Koss J.; The therapist-spiritist training project in Puerto Rico: "An experiment to relate the traditional healing system to the public health system", Soc sci Med 14 (B), 1980: pp 255-266.

(2) David J. Hufford, Op., Cit., 239.

فهو أسرع فى التشخيص وأوفر فى النفقات المالية. بالإضافة إلي توافر الخدمة الطبية الشعبية فى المجتمعات الريفية والسكنية والبعيدة عن المدن وعن الخدمة الطبية الرسمية، وحيث يتمتع الطب الشعبى فى هذه المناطق بقبول أكثر من الطب الحديث لترسخه فى نفوس الناس واعتقادهم الكامل فى نتائجه الطبية[١].

٢- مخاطر الطب الشعبي :

أ - مقاومة التغيير وعدم الاستجابة للنصيحة الطبية:

من المسلم به أن النظم الطبية المركبة والمتكاملة تكون أكثر ثباتاً ومقاومة للتغير. وعليه فإن الطب الشعبى يعد نظاماً مركباً ومتكاملاً لأن الاعتقاد الطبى الشعبى مدعوم بمعتقدات أخري، فالاعتقاد فى فائدة العقاقير النباتية مرتبط بأفكار أخرى عن هبات الطبيعة وأفكار أخري عن الحكمة القديمة ووعى بالروابط التاريخية بين الطب العشبى والطب الحديث ومجموعة أخرى من المعتقدات والملاحظات ووجهات النظر. وإذا ما أظهر هذا المعتقد أن هناك خطراً حقيقياً على صحة الناس من جراء استعمال عقار نباتى معين فإن التعامل مع هذا المعتقد فى هذه الحالة يجب أن يكون بشكل مختلف اعتماداً على موقعه داخل النظام المعرفى للمريض وذلك لأن المرضى والعشابين سيظلون متمسكين بهذا العقار اعتقاداً منهم بأن أضراره لا تتعلق بطريقتهم فى العلاج، والسبب فى ذلك هو أن معرفتهم الطبية هى جزء من أفكار مركبة ومتكاملة وليست معرفة طبية مبنية على التجربة العملية. ومن ثم تظهر خطورة الطب الشعبى فى معتقداته المركبة والمتكاملة التى تقاوم التغيير والنصيحة الطبية المناقضة لهذه المعتقدات[٢].

ب-عدم الدراية بعلم أسباب المرض:

إن أكبر محاور الجدل فى مخاطر علاجات الطب الشعبى وجدواه العلمية هو أن معظم إيجابياته مستقاة من أفواه المعالجين الشعبيين أنفسهم، بالإضافة إلي جهل

---

(١) سمير يحيي الجمال، مرجع سبق ذكره، ص ٣١ .

(2) David J. Hufford, op., Cit., p. 738.

البعض منهم بالمبادىء العلمية الصحيحة للعلاج، وعدم قدرتهم في بعض الأحيان على التشخيص الدقيق لأمراض كثيرة مختلفة قد تظهر تحت عرض واحد وذلك لعدم درايتهم بوسائل الفحص الباثولوجي وعلم أسباب المرض، مما يؤدى إلي اهتمامهم بعلاج العرض دون الاهتمام بمعرفة المرض نفسه أو سببه، الأمر الذى يؤدى فى النهاية إلي حدوث كثير من المضاعفات وهذا يعد من أكبر مخاطر الطب الشعبي[١].

ج- اتسام الطب الشعبى بالغموض والأعمال الغيبية:

إن هدف أى نظام هو المحافظة على الصحة ووقايتها من الأمراض والتخلص من حالة عدم التوازن الجسمي والعقلى التى تعتريها. غير أن بعض نواحى الطب الشعبى تتعلق بالسحر والشعوذة والأرواح الشريرة، كما قد تتناول بعض ممارساته إحداث أضرار متعمدة بالناس عن طريق استخدام القوى الخفية والأرواح مما يقلل من أهمية الاعتراف بالطب الشعبى وممارساته العلاجية[٢]. هذا بالإضافة إلي أن سيادة وانتشار الفكر الغيبى فى المجتمع تنسب كثيرا من الأمراض النفسية والجسمية إلي فعل الأرواح والجان السحر والعين الحاسدة وتعد من العوامل الهامة التي تعوق خطط التنمية الاجتماعية والاقتصادية ويتعدي أثرها إلي نهضة المجتمع ككل[٣].

---

(١) سمير يحيي الجمال، مرجع سبق ذكره، ص ٣١ .

(٢) المرجع السابق، ص ٣١ .

(٣) يحيي مرسي بدر، مرجع سبق ذكره، ص ٨١ .

مصادر الدراسة

أولاً: مصادر باللغة العربية

(أ) كتب باللغة العربية مؤلفة أو مترجمة:

(١) إبراهيم خليفة، علم الاجتماع فى مجال الطب، المكتب الجامعى الحديث، الإسكندرية، ١٩٨٤.

(٢) أحمد علي مرسى، مقدمة فى الفولكلور، عين للدراسات والبحوث الإنسانية، القاهرة، ١٩٦٥.

(٣) إقبال مخلوف، العمل الاجتماعى فى مجال الرعاية الطبية-اتجاهات تطبيقية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩١.

(٤) بدر التازى، الطب الشعبى فى القرن الثامن عشر من خلال الأرجوزة الشقرونية، الهيئة العامة للكتاب، القاهرة، ١٩٨٤ .

(٥) تيسير حسن جمعة، علم الأمراض القديمة (الباليوثولوجيا) – الأنثروبولوجيا (علم الإنسان)، مطبوعات كلية الآداب، جامعة الإسكندرية، ١٩٩٦.

(٦) حسن الخولى، تطور المنهج فى البحوث الأنثروبولوجية-منهج دراسة الحالة، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩٢.

(٧) حسن كمال، الطب المصرى القديم، الهيئة المصرية للكتاب، القاهرة، ١٩٩٨.

(٨) حمود العودى، التراث الشعبى وعلاقته بالتنمية فى البلاد النامية، دار العودة، بيروت، د.ت.

(٩) دافيد أرنولد، الطب الإمبريالى والمجتمعات المحلية، ترجمة: مصطفي فهمى، مطبوعات عالم المعرفة، الكويت، ١٩٩٨.

(١٠) دافيد لوبروتون، أنثروبولوجيا الجسد والحداثة، ترجمة: محمد عرب صاصيلا، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت، د.ت .

(١١) رالف ل. بيلز وجارى هويجر، مقدمة فى الأنثروبولوجيا العامة، الجزء الأول، ترجمة: محمد الجوهرى والسيد الحسينى، دار نهضة مصر للطبع والنشر، القاهرة،,١٩٩٠

(١٢) ـــــــــ، مقدمة فى الأنثروبولوجيا العامة، الجزء الثانى، ترجمة: محمد الجوهرى والسيد الحسينى، دار نهضة مصر للطبع والنشر، القاهرة،,١٩٩٠

(١٣) سعاد عثمان ومحمد الجوهرى، دراسات فى الأنثروبولوجيا الحضرية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ,١٩٩١

(١٤) سعاد عثمان وآخرون، الصحة والمرض- وجهة نظر علم الاجتماع والأنثروبولوجيا، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ,١٩٩١

(١٥) سليمان عبيدات، دراسة فى تقاليد وعادات المجتمع الأردنى، مؤسسة مصرى للتوزيع، بيروت، د.ت.

(١٦) سمير يحيي الجمال، الطب الشعبى التقليدى، مكتبة مدبولى، القاهرة، د.ت.

(١٧) عاطف شحاته، مقدمة فى علم الاجتماع الطبى(السوسيوماتية)، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، ,١٩٩٢

(١٨) عبد الرحمن إسماعيل، طب الركة، المطبعة البهية بحوش قدم بمصر المحمية، الطبعة الأولي، ١٣١٠هـ .

(١٩) عبد الرحمن مصيقر، الطب الشعبى فى دول الخليج العربية- التراث الشعبى، الإمارات العربية المتحدة، دبى، ١٩٩٦ .

(٢٠) عبد الرحمن نور الدين، شفاء بلا دواء، دار الأمين، القاهرة1993 .

(٢١) عبد الرحيم أبو كريشة، دراسة أنثروبولوجية لملامح الطب الشعبى فى الريف العربى، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، ١٩٩٢ .

(٢٢) عبد الله معمر، الطب الشعبى والتطور الاجتماعى فى اليمن، دراسة لعلاقة البناء الاجتماعى بطرق العلاج، مكتبة مدبولى، القاهرة، ,١٩٩٠

(٢٣) على المكاوى، الجوانب الاجتماعية والثقافية للخدمة الصحية، دراسة ميدانية فى علم الاجتماع الطبى، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٨٨ .

(٢٤) ــــــــ، علم الاجتماع الطبى- مدخل نظرى، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩٠ .

(٢٥) ــــــــ، الأنثروبولوجيا الطبية - دراسات نظرية وبحوث ميدانية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩٤ .

(٢٦) على عبد الرازق جلبى وآخرون، دراسات فى علم الاجتماع الطبى، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، د.ت.

(٢٧) فاتن محمد شريف، الجسد فى التراث الشعبى- دراسة إثنوجرافية لمجتمع رشيد، منشأة المعارف، الإسكندرية، ١٩٨٨ .

(٢٨) فوزى العربى وفاروق مصطفي، دراسات فى الأنثروبولوجيا التطبيقية - مدينة العريش، الهيئة المصرية العامة للكتاب، الإسكندرية، ١٩٨٢ .

(٢٩) فوزى العنتيل، الفولكلور - ما هو؟ دراسة فى التراث الشعبى، دار النهضة العربية للنشر، القاهرة، د.ت.

(٣٠) فوزية دياب، القيم والعادات الاجتماعية - بحث ميدانى لبعض العادات الاجتماعية، دار النهضة العربية، بيروت، ١٩٨٠ .

(٣١) قبارى محمد إسماعيل، راد كليف براون - مؤسس الأنثروبولوجيا الاجتماعية المعاصرة، منشأة دار المعارف، الإسكندرية، ١٩٧٧ .

(٣٢) كلود ليفى شتراوس، العرق والتاريخ، ترجمة: سليم حداد، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت، ١٩٨٢ .

(٣٣) ــــــــ، الأناسة البنيانية، ترجمة: حسن قبيسى، المركز الثقافى العربى، بيروت، ١٩٩٥ .

(٣٤) مايكل كاريذرس، لماذا ينفرد الإنسان بالثقافة، ترجمة: شوقى جلال، عالم المعرفة، الكويت، ١٩٨٨ .

(٣٥) محمد أحمد غنيم وفاتن محمد شريف، السحر والحسد فى المجتمعات الريفية، منشأة المعارف، الإسكندرية، ١٩٩٨ .

(٣٦) محمد الجوهرى، علم الفولكلور – الأسس النظرية والمنهجية، الجزء الأول، الطبعة الرابعة، دار المعارف، القاهرة ، ١٩٨١ .

(٣٧) ــــــــ، علم الفولكلور – دراسة فى الأنثروبولوجيا الثقافية، الجزء الأول، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٨٨ .

(٣٨) ــــــــ، علم الفولكلور – دراسة المعتقدات الشعبية، الجزء الثانى، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩٠ .

(٣٩) ــــــــ، الأنثروبولوجيا – أسس نظرية وتطبيقات عملية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩٠ .

(٤٠) ــــــــ، الدراسة العلمية للمعتقدات الشعبية، الجزء الأول من دليل العمل الميدانى لجامعى التراث الميدانى، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية ١٩٩٣ .

(٤١) ــــــــ، الدراسة العلمية للمعتقدات الشعبية، الجزء الثانى من دليل العمل الميدانى لجامعى التراث الميدانى، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية ١٩٩٣ .

(٤٢) محمد حسن غامرى، مقدمة فى الأنثروبولوجيا العامة، المركز العربى للنشر والتوزيع، الإسكندرية، ١٩٨٤ .

(٤٣) محمد رفعت، الموسوعة الصحية– العلاج بالأعشاب قديماً وحديثاً، مؤسسة عز الدين للطباعة والنشر، القاهرة، د.ت.

(٤٤) محمد عباس إبراهيم، الثقافات الفرعية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩٧ .

(٤٥) محمد المخزنجي، الطب البديل- مداواة بلا أدوية، مطبوعات كتاب العربى، الكويت، ٢٠٠١ .

(٤٦) محمود ناظم النسيمى، الطب النبوى والعلم الحديث، الجزئين الأول والثانى، الشركة المتحدة للتوزيع، دمشق، ١٩٨٤ .

(٤٧) مرفت العشماوى، الأنثروبولوجيا الطبية والطب الشعبى- الأنثروبولوجيا (علم الإنسان)، مطبوعات كلية الآداب، جامعة الإسكندرية، ١٩٩٦ .

(٤٨) مصطفي عمر حمادة، مجتمعات وثقافات البحر المتوسط - دراسة فى الأنثروبولوجيا الأركيولوجية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩٦ .

(٤٩) موزه غباش، سوسيولوجيا العادات والتقاليد فى مجتمع الإمارات، دار القراءة للجميع للنشر والتوزيع، دبى، د.ت.

(٥٠) الوحيشى بيرى وعبد السلام دويبى، مقدمة فى علم الاجتماع الطبى، الدار الجماهيرية للتوزيع والإعلان، ليبيا، ١٩٨٩ .

(ب)مقالات ومؤتمرات والدوريات العلمية:

(٥١) ابتسام محمود محمد وآخرون، الخصائص الديموجرافية لزوار المعالجين الشعبيين فى وسط السودان، المجلة الصحية لشرق المتوسط، منظمة الصحة العالمية، المجلد الخامس، العدد ١ ، ١٩٩٩,

(٥٢) أحمد أبو زيد، الذات وماعداها - مدخل لدراسة رؤي العالم، المجلة الاجتماعية القومية، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، المجلد السابع والعشرين، العدد الأول، القاهرة، ١٩٩٠ .

(٥٣) أحمد عبد الوهاب وآخرون، البحيرات الشمالية بين الاستغلال النباتى والاستغلال السمكى- قضايا التخطيط والتنمية فى مصر، مذكرة رقم ٢٥ ، معهد التخطيط القومى، أكتوبر، ١٩٨٥ .

(٥٤) ثيناداس، المعاناة وأوجه العدالة وممارسات فروع المعرفة والتخصص ، ترجمة: جمدى الزيات، المجلة الدولية للعلوم الاجتماعية، إصدارات اليونسكو، ديسمبر، ١٩٩٧ .

(٥٥) سعاد عثمان وآخرون، العادات والتقاليد الشعبية – التراث الشعبى، مجموعة مقالات، مطبوعات جامعة الإمارات، دبى، د.ت.

(٥٦) سهير عبد العزيز، التداوى بالأعشاب الطبية، بحث مقدم إلي مؤتمر الثقافة الشعبية والتنمية بجامعة المنصورة، أكتوبر، ١٩٩٩ .

(٥٧) السيد حافظ الأسود، تصور رؤية العالم فى الدراسات الأنثروبولوجية، المجلة الاجتماعية القومية، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، المجلد السابع والعشرين، العدد الأول، القاهرة، ١٩٩٠ .

(٥٨) محمد أحمد غنيم، رؤي العالم – لميكائيل كيرنى ، عرض وتحليل: محمد أحمد غنيم ، المجلة الاجتماعية القومية ، المجلد السابع والعشرين، العدد الأول، القاهرة، ١٩٩٠ .

(٥٩) يحيي مرسى بدر، الطب الشعبى الليبى ودوره فى الأنساق العلاجية – دراسة أنثروبولوجية فى منطقة البطنان، مقدمة إلي مؤتمر الثقافة الشعبية والتنمية بجامعة المنصورة، أكتوبر ١٩٩٩ .

(ج) رسائل جامعية (غير منشورة):

(٦٠) مسعد سلامه، إقليم بحيرة المنزلة – دراسة في الجغرافيا الحيوية، رسالة ماجستير، كلية الآداب ـ جامعة المنصورة، ١٩٩٩ .

(٦١) نجلاء محمد عاطف، الأبعاد الاجتماعية لمرضي الفشل الكلوى - دراسة ميدانية فى مركز أمراض الكلي - جامعة المنصورة، رسالة ماجستير، كلية الآداب - جامعة المنصورة، ١٩٩٨ .

(د) المعاجم والقواميس:

(٦٢) شاكر مصطفي سليم، قاموس الأنثروبولوجيا، جامعة الكويت، الطبعة الأولي، ١٩٨١ .

(٦٣) يوسف حتي، القاموس الطبى، مكتبة لبنان، بيروت، الطبعة الرابعة، د.ت.

(هـ) مطبوعات حكومية:

(٦٤) بيانات مركز المعلومات ودعم القرار بمحافظة الدقهلية.

(٦٥) بيانات مركز المعلومات ودعم القرار بالوحدة المحلية بقرية العزيزة مركز المنزلة.

ثانياً: مراجع باللغة الإنجليزية:

I. Books:

(1) Arthur F. Holmes, "Contours of an World View", Grand Rapids, Eerdmans:1983.

(2) Cassell E. J., "The Healer's Art: A new Approach to the Doctor - Patient Relationship", Lippincott, New York: 1976 .

(3) Carolyn F. Sargent and Thomas M.Johnson, "Medical Anthropology : Contemporary Theory and Method " , Greenwood Publishing Group Inc.., London : 1996.

(4) Cecil Helman, "Culture, Health and Illness an Introduction for Health Professionals", John Wright & Sons, London: 1995.

(5) David Machanic, "Medical Sociology", 2nd., The free press, New York: 1978.

(6) Ellen Annandail, "The Sociology of Health Medicine: A critical Introduction", Blackwell Publishers Inc., U. S. A. : 1990.

(7) Foster G. M. and Anderson B. G., "Medical Anthropology", John Wiley & Sons, New York: 1978.

(8) Fox R. C., "Illness", International Encyclopedia of the Social Science", Free press, New York: 1968 .

(9) Gail E. Henderson, et., al., "The Social Medicine Reader", Duke University Press, London: 1997.

(10) Gary W. Philips and William E. Brown, "Making Sense of your World", Moody Press, Chicago: 1991.

(11) Hand W., " Magical Medicine: The Folkloric Component of Medicine in The Folk Belief, Custom and Ritual of Peoples of Europe and American", Berkeley University of California Press: 1988.

(12) James W. Sire, "The Universe Next Door", Downers Grove, Ill. , Varsity: 1988.

(13) Kleinman A., "Patients and Healers in The Context of Culture", Berkeley, University of California Press: 1980.

(14) Lorna G. Moore, et., al., "The Biocultural Basis of Health -Expanding Views of Medical Anthropology" Waveland Press, Inc., U.S.A: 1987.

(15) Melton J. "The New Age Encyclopedia" Detroit, Gale Research: 1990.

(16) Peter J. Brown, "Understanding and Applying Medical Anthrop-ology", Mayfield Publishing Co., U. S. A.: 1998.

(17) Robert Hohn, "Sickness and Healing: on Anthropological perspective" New Haven, Yale University Press: 1995.

(18) Susser M.W. and Watson w. "Sociology in Medicine", Oxford, University Press, London: 1971.

II. Articles:

(19) Arthur J. Rubel and Michael R. Hass, "Ethnomed" In: Carolyn F. Sargent and Thomas M. Johnson, (Eds.), "Medical Anthropology Contemporary Theory and Method", Greenwood Publishing Group Inc., London: 1996.

(20) Cassel E. J., "The Nature of Suffering and The Goals of Medicine", In: Gail E. Henderson and et., al., (EDS.), "The Social Medicine Reader", Duke University Press, London: 1998 .

(21) Clude Levi - Strauss, "The sorcerer and His Magic", In: Peter J. Brown, (ED.), "Understanding and Applying Medical Anthropology" , Mayfield Publishing Company, London: 1998.

(22) Fabrega H., and Silver D., "Illness and Shamanistic Curing In Zinacantun: An Ethnomedical Analysis", Stanford University Press: 1973 .

(23) Feinstien A., "Science, Clinical Medicine and The Spectrum of Disease", In: Beeson P. B. and Mc Dermott W. (Eds.), Textbook of Medicine Philadelphia, Sounders: 1975.

(24) George M. Foster, "Disease Ethiologies in non - Western Medical System", In: Peter J. Brown, (EDS.), "Understanding and Applying Medical Anthropology", Mayfield Publishing Company, U. S. A. :1998.

(25) Janis H. Jenkins, "Culture, Emotion and Psychiatric Disorder", In: Carolyn F. Sargent and Thomas M. Johnson, (Eds.), "Medical Anthropology Contemporary Theory and Method", Greenwood Publishing Group Inc., London: 1996.

(26) Kaja Finkeler, "Sacred Healing and Biomedicine Compared", In: peter J. Brown, "Understanding and Applying Medical Anthropology", Mayfield publishing co., U.S.A: 1998.

(27) Margaret Lock and Nancy Scheper , "A critical - Interpretive Approach in Medical Anthropology: Rituals and Routines of Discipline and Dissent ", In: Carolyn F. Sargent and Thomas M. Johnson, (EDS.) "Medical Anthropology Contemporary Theory and Method" Greenwood Publishing Group Inc., London: 1996 .

(28) Merrill Singer, "Beyond The Ivory Tower: Critical Praxis in Medical Anthropology", In: Peter J. Brown (ed.), Understanding and Applying Medical Anthropology, Mayfield Publishing Co., U. S. A.: 1998.

(29) Michael F. Brown, "Dark Side of shaman", In: Peter J. Brown, (ED.), "Understanding and Applying Medical Anthropology", Mayfield Publishing Company, London: 1998 .

(30) Noel J. Chrisman and Thomas M. Johnson, "Clinically Applied Anthropology", In: Carolyn F. Sargent and Thomas M. Johnson, (Eds.), "Medical Anthropology Contemporary Theory and Method", Greenwood Publishing Group Inc., London: 1996.

(31) Peter J. Brown, et., al., " Disease, Ecology and Human Behavior", In: Carolyn F. Sargent and Thomas M. Johnson (Eds.), "Medical Anthropology Contemporary

Theory and Method", Greenwood Publishing Group, Inc., London: 1996.

(32) Sue E. Estroff, "A Cultural Perspective of Experiences of Illness, Disability and Deviance", In: Gail E. Henderson and et., al., (Eds.), "The Social Medicine Reader", Duke University Press, London: 1998.

III. Internet:

(33) Aerts D., and et., al., "World Views: from Fragmentation to inte-gration", http: / / pespmc1. rub. ac. be/ CLEA/ reports/ World View. (1994), 24/6/2000.

(34) Bethesda, "What is complementary and Alternative Medicine", publication No. D 156. National Center for Complemen-tary and Alternative Medicine (NCCAM). Nih. Gov/ health/ whatisam, May 2002.

(35) Dante G. Scarplli, "Health-Disease", Encyclopaedia Britannica, www. Britannica. com. (1999-2001), 20/5/2001.

(36) Derek Yach, "Health and Illness: The definition of the world Health Organization", http:// www. Medicine- ethic. ch/ public/ health- illness. htm. Feb 1988, 13/5/2001.

(37) Engela Pretarius, "Traditional Healers", Chapter 18 in South African Health Review 1999, http:// www. hst. org. za/ sahr / 99/ chap 18. htm.

(38) Heylighen F., "What is a World View? ", http:// pespmc1. vub. ac. be/ WORLVEW. Html.2000, 10/6/2000.

(39) Jerry Solomon, "World Views", http:// www. probe. org/w. view, Html. 1994, 22/5/2002.

(40) Joe S. Graham, "Folk Medicine", The Hand Book of Texas, http:// www. lib. utexas. EDU. (1997-2001), 23/7/2001.

(41) John A. Rush, "Applying Medical Anthropology: Gut Morphology, Cultural Eating Habits, Digestive Failure and Ill Healh", www. Medanth. Com. 15/2/ 2000.

(42) John W. Travis, "Illness / Wellness", http:// www. The wellspring. com. (1999-2001), 20/5/2001.

(43) Masadul Alam, "The Tawhidi Worldview & World-system", http:// www. uccb. ns. ca/ mchoudhu/ chapter 13.Htm.1994, 18/5/1999.

(44) Michael Banton, "Anthropological Approaches to the study of Religion", http: / / www. antao.../ Htm. (1993), 6/3/2000.

(45) Nora Ellen and Mary Elizabeth, "Traditional Healers and Global Surveillance Strategies for Emerging Diseases: Closing the Gap", Emerging Infectious Dis-

eases Vol.(2) N. (4) 1996. http:// www. cdc. gov/ incidod/ EID/ v2 n4/ Htm, 17/ 6/2000.

(46) Paul Ten Have, "Current trends in Qualitative Medical Sociology: Some Recent Studies from the Netherlands", http://www. pscw. uva. Nl/emca/ presov, Htm, (1996), 21/6/2000.

(47) Richard Hooker, "World Civilizations - General Glossary", world-view - Culture - Tradition, http:// www.wsu.edu: 8080/ dee/ ABOUT. HTM. (1996), 19/ 11/2003.

(48) Sardar, Ziaddin, "The Health of Nations", Magazine: New Statesman, Oct. 1998:, http: // www. Britannica: com, 20/5/2001.

(49) Savage S. E., "Islamic Culture and Medical Arts", U. S. National Library of Medicine (NLM) http:// www. nin. gov/: (1998), 17/3/2000.

(50) Stefania Consigliere, "Medical Anthropology: The Conceptual Frame", http:// emdb. letter. unige. It/emdb. (1999-2001), 4/10/2001.

(51) Valery Abrumov, "Traditional Medicine", Fact Sheet, WHO, 1996: N. 134. http: // www. who. int / inf- fs/ en/ fact 134. html. (1996), 2/4/2003.

VI. Journals:

(52) Armand M. Nicholi, "How does the world view of the scientist & the clinician influence their work", from perspectives on science and Christian faith, 14/4/ 1989 .

(53) Arthur J. Rubel and Carmella c. Moore, "The contribution of Medical Anthropology to a Comparative Study of Culture: Susto and Tuberculosis", Medical Anthropology Quarterly, 15/4/ 2001.

(54) Avon J., "Reduction of Bacteriuria and Pyuria after Ingestion of Cranberry Juice", JAMA: (271) 1994

(55) Bakx K., "The Eclipse of Folk Medicine in Western Society", Sociology of Health and illness, 13-1, 1991.

(56) Barker cummings C., et., al., "Ethnic Differences in The use of Peritoneal Dialysis as Initial Treatment for End-Stage Renal Disease", JAMA: (274) 1995.

(57) Cecil G. Heleman, "The Family: A useful Concept for Family Practice", Family Medicine July, Vol. 23, No. 5, 1991.

(58) Coral Wayland, "Gendering Local Knowleding: Medicinal Plant Use Primary Health Care in the Amazon", Medical Anthro-pology Quarterly, 15(2) 2001.

(59) Cosson F. F., and et., al., "Work and Chronic Health Effects among Fishermen in Chioggia Italy", G. Ital. Med. Lav. Erogn, 20(2): 1998.

(60) David Hufford , "Folk Medicine and Health Culture, in Contemporary Society", Primary Care, 24(4) 1997.

(61) Douglas KC, and Fujimoto D., "Asian Pacific elders: Implications for Health Care Providers", Clin Genriatr, Med. (11) 1995.

(62) Frieling - Sonnenberg W., "Health is not Just The absence of disease", Pflege-8 (2): 1995.

(63) Harwood A., "The Hot-Cold Theory of Disease" JAMA, (216) 1971.

(64) Hellton L. R., "Folk Medicine and Health Beliefs: An Appalachain Perspective". J. Cult., Divers., vol. 3, N. 4. 1996.

(65) Hilton E., and et ., al., "Ingestion of Yogurt Contining Lactobacillus acidophilus as prophylaxis for Candidal Vaginitis", Ann Intern Med. (116) 1992.

(66) Jackson LE, "Understanding, Eliciting, And Negotiating Client's Multicultural Health Beliefs", Nurs Pract, (13) 1993.

(67) Jaremin B., and et., al., "Death at Sea: Certain Factors Responsible for Occupational Hazard in Polish seamen and Deep - Sea Fishermen" Int. J. Occup. Med. Environ. Health, 10(4): 1997.

(68) Koss J., "The Therapist - Spiritist Projection Puerto Rico: An experiment to relate the traditional Healing system to the public Health system", soc sci Med. (14) 8 1980.

(69) Laasker , et., al., "Community Social Change and Mortality" Social Science and Medicine (39) 1994.

(70) Linda M. Hunt, et. Al., "Views of What's Wrong: Diagnosis and Patients Concepts of Illness", soc. Sci. Med vol. 28, No.9. 1989.

(71) Logan M.H., "Selected References on the Hot - Cold theory of Disease", Med. Anthropol. Newsletter, (6) 1975.

(72) Martin M., "Native American Healers: Thoughts for Postraditional Healers", JAMA: (245) 1981.

(73) Mc Guire M., Kantor D., "Ritual Healing in suburban America", Quoted in: David Hufford, Folk Medicine and Health Culture in Contemporary Society, Primary Care, 24(4) 1997.

(74) Mowery D., Clayson D., "Motion Sickness, Ginger and Psych-ophysics", Lancet (1) 1982.

(75) Murdock GP., et ., al., "World distribution of theories of Illness", Ethnology, (17) 1983.

(76) Nguban H., "Aspects of Clinical Practice and Traditional Organization of Indigenous Healers in South Africa", Soc. Sci. Med. (15) B, 1981.

(77) Obeyese kere G., "The Theory and Practice of Ayurvedic Medicine", Cult. Med. Psychiatry, (1) 1977.

(78) O'connor B., "The Home Brith Movement in The United States", J Med. Philosophy (18) 1993.

(79) Opala J. and Boillot F., "Leprosy Among the Limba: Illness and Healing in The context of world view", so sci Med, 1996 .

(80) Otten M . , et., al., "The Effect of Known Risk Factors On the Excess Mortality of black adults in The U.S.A.", JAMA, 263: 1990.

(81) Pachter L., "Culture and Clinical Care", JAMA (271) 9, 1994.

(82) Pill R., and Stott N.C.H., "Concepts of Illness Causation and Responsibility: Some preliminary data from a sample of Working Class Mothers", Soc. Sci. Med. (16) 1982.

(83) Robert G. Like and R. Preasead Steiner, "Medical Anthropology and The Family Physician", Family Medicine, Vol. 18. No.2. 1986 .

(84) Robert Straus, "The Nature and Status of Medical Sociology", A.S.R. 22: 1957.

(85) Rosina M. B., "Folk Medicine use: Diverse Populations in a Metropolitan Area", Social Work in Health Care, vol. 21(4): 1995.

(86) Snow L., "Folk Medicine Beliefs and Their Implications for care of Patients: A review based on Studies among Black Americans", Ann Intern Med 81, 1974.

(87) Snow L. E. and Johnson S.M., "Folklore, Food, Female Reproductive Cycle", Ecol. Food Nutr.(7) 1978.

(88) Snow L. F., "Sorcerers, Saints and Charlatains: Black Healers in Urban America", Cult. Med. Psychiatry, (2) 1978.

(89) Sugisawa A., "Health conditions among fishermen living in the Minamate disease prevalent area". Nippon Koshu Eisei Zasshi, 41(5): 1994.

(90) Uba L., "Cultural Barriers to Health Care for Southeast Asian Refugees", Public Health Rep. (107) 1992.

(91) Wadfogel S. "Spirituality in Medicine", Primary Care, (24) 1994.

(92) Wilkinson D.Y. "Traditional Medicine in American Families: Rellance The Wisdom Elders", Marriage and Family Review, 11, (3-4), 1987.

VII. Reports:

(93) Fugh-Berman A., "Alternative Medicine: What works", Quoted in: Report 13 of The Council on Scientific Affairs, American Medical Association (AMA), Folk Remedies Among Ethnic Subgroups: 1997.

(94) Osborne O. H., "Merging Traditional and Scientific Health care systems: Conceptual and Pragmatic Issues", Paper presented at the Annual Meeting of the Society for Applied Anthropology, San Diego: 1977.

(95) Pachter L., "Culture And Clinical Care: Folk Illness Beliefs And Behaviors and Their Implications for Health Care delivery", Quoted in: Report 13 of The Council on Scientific Affairs, American Medical Association (AMA), Folk Remedies Among Ethnic Subgroups: 1997.

(96) Sensky T., "Patient's reactions to Illness: Cognitive Factors Determine Responses and are Amenable to Treatment" Quoted in: Report 13 of The Council on Scientific Affairs, American Medical Association (AMA), Folk Remedies Among Ethnic Subgroups: 1997.

هذا الكتاب

كيف استطاعت الدكتورة نجلاء عاطف خليل ، وقد كانت لمَّا تزل فى بواكير حياتها العلمية ، أن تشيِّد مثل هذا الصرح العلمى بين يدى القارئ ، كمنار لكتاب الغد الذى تعبُر به متن الصعب لتضيئ مساحات من معرفة، فتغمر كون العلم فى مجال " علم الاجتماع الطبى " ، بآيات من تنوير ، فى مبحث تجاوزت فيه المنقول والمتاح لتنطلق بالقارئ من خلجان المألوف إلى ما كان يُظن أنه المستحيل ، فى رؤى تشى بموسوعية يتوشّح دفقها بالمتعدد الذى يرتوى منه عطشى الجديد فى العلم ، بنبوءات تسكب رائق الفهم فى العقول ... وما أكثر ما سيراه القارئ بين صفحات الكتاب بين يديه من إضاءات تتحدى أحرفًا ناقصة تجاهد لتكمل جُملاً لاغنى عنها تفتح أكوانا من تنوير .



الناشر

